

UNIVERSIDADE DO PORTO
FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

**SUBSÍDIOS PARA A CARACTERIZAÇÃO DE PROGRAMAS DE
INTERVENÇÃO PRECOCE IMPLEMENTADOS PELAS EQUIPAS DE
APOIOS EDUCATIVOS NA REGIÃO DE TRÁS-OS-MONTES**

Maria das Dores Afonso Fernandes

2001

UNIVERSIDADE DO PORTO
FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

**SUBSÍDIOS PARA A CARACTERIZAÇÃO DE PROGRAMAS DE
INTERVENÇÃO PRECOCE IMPLEMENTADOS PELAS EQUIPAS DE
APOIOS EDUCATIVOS NA REGIÃO DE TRÁS-OS-MONTES**

Dissertação de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Educação da
Criança – Intervenção Precoce, sob orientação do Professor Doutor Joaquim
Bairrão

Maria das Dores Afonso Fernandes

2001

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
I PARTE – ANÁLISE DA LITERATURA	5
CAPÍTULO I – A INTERVENÇÃO PRECOCE - CONTRIBUTOS PARA A DELIMITAÇÃO DO CONCEITO E DE PRÁTICAS	6
1 - CONTRIBUTOS PARA OS PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO PRECOCE	9
1.1- O ESTUDO DA CRIANÇA NO ÂMBITO DA PSICOLOGIA DA EDUCAÇÃO.....	9
1.2- PERSPECTIVAS TEÓRICAS DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA	11
2 - A EDUCAÇÃO PRÉ-ESCOLAR E AS CRIANÇAS EM DESVANTAGEM SOCIAL	17
2.1- Os PROGRAMAS “HEAD-START” - SERVIÇOS MULTIDIMENSIONAIS E ABRANGENTES.....	21
3 - A LEGISLAÇÃO AMERICANA E OS PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO PRECOCE.....	23
4 - A INTERVENÇÃO PRECOCE E A EDUCAÇÃO ESPECIAL	26
4.1- No CONTEXTO DOS ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA	26
4.2-A INTERVENÇÃO PRECOCE/ EDUCAÇÃO ESPECIAL NA SUÉCIA.....	29
5 - A AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DOS PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO PRECOCE	31
5.1- AS INVESTIGAÇÕES DA “PRIMEIRA GERAÇÃO”	33
5.2- AS INVESTIGAÇÕES DA “SEGUNDA GERAÇÃO”	36
5.3- A CARACTERIZAÇÃO DOS PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO PRECOCE	36
CAPÍTULO II – PERSPECTIVA TRANSACCIONAL E ECOLÓGICA DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E SUA IMPORTÂNCIA PARA A INTERVENÇÃO PRECOCE	42
1 - ABORDAGEM TRANSACCIONAL/ ECOLÓGICA DA INTERVENÇÃO	43
2 - DA INTERVENÇÃO CENTRADA NA CRIANÇA À INTERVENÇÃO CENTRADA NA FAMÍLIA.....	55
3 - O MODELO DE INTERVENÇÃO CENTRADO NA FAMÍLIA	58
3.1- O MODELO DE “APOIO SOCIAL”	60
4- AS PRÁTICAS DE INTERVENÇÃO PRECOCE: A EQUIPA MULTI, INTER E TRANSDISCIPLINAR.....	69
4.1- PRÁTICAS DE AJUDA EFICAZES CENTRADAS NA FAMÍLIA	73
5 – “O CICLO DE INTERVENÇÃO”	76
6 – CONTEXTOS DE INTERVENÇÃO.....	80
6.1- APOIO DOMICILIÁRIO	80
6.2- APOIO EM CRECHE/ JARDIM DE INFÂNCIA	84
6.3- APOIO EM UNIDADES DE INTERVENÇÃO PRECOCE	85
CAPÍTULO III – INTERVENÇÃO PRECOCE – CONTRIBUTOS DA EDUCAÇÃO PRÉ-ESCOLAR E DA EDUCAÇÃO ESPECIAL.....	87
1 – BREVE REFERÊNCIA À EDUCAÇÃO PRÉ-ESCOLAR EM PORTUGAL.....	89
2 – BREVE REFERÊNCIA À EDUCAÇÃO DE CRIANÇAS E ALUNOS COM NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS EM PORTUGAL	98

3 - A INTERVENÇÃO PRECOCE - CAMPO DE ACÇÃO DE VÁRIAS ENTIDADES.....	106
3.1 - A INTERVENÇÃO PRECOCE NO ÂMBITO DO SISTEMA DE SAÚDE.....	106
3.2 - A INTERVENÇÃO PRECOCE NO ÂMBITO DA SEGURANÇA SOCIAL	107
3.3 - A INTERVENÇÃO PRECOCE NO ÂMBITO DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO	110
4 - REFERÊNCIAS IMPORTANTES NO CONTEXTO DA INTERVENÇÃO PRECOCE EM PORTUGAL	123
4.1- O PROGRAMA PORTAGE EM PORTUGAL	123
4.2- O PROJECTO INTEGRADO DE INTERVENÇÃO PRECOCE DE COIMBRA	125
4.3 - <i>EURLYAID</i>	127
II PARTE – ESTUDO EMPÍRICO.....	129
CAPÍTULO IV – OBJECTO DO ESTUDO.....	130
1 - LOCALIZAÇÃO DO ESTUDO	131
1.1 – TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO (TMAD) : BREVE CARACTERIZAÇÃO	131
1.1.2 - CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA.....	132
1.1.3 - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO - CULTURAL	134
2 – DESCRIÇÃO DO PROBLEMA.....	136
3 – DEFINIÇÃO DOS OBJECTIVOS	138
4 – MÉTODO.....	139
4.1 - PARTICIPANTES	139
4.1.1 - EQUIPAS DE APOIOS EDUCATIVOS (EAE).....	139
4.1.2 – PROFISSIONAIS	142
5 – DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	147
6 - PROCEDIMENTOS NA RECOLHA DE DADOS.....	150
CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS.....	155
1 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	156
2 – ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	175
CONCLUSÃO.....	197
BIBLIOGRAFIA.....	204

ANEXOS

RESUMO

A partir dos anos 60, surgem cada vez mais investigações que conduzem à elaboração de programas de Intervenção Precoce, englobando uma diversidade de serviços que vão desde os serviços de saúde, de educação, bem assim como sociais. Tais serviços procuram, através do desenvolvimento de projectos adequados às necessidades específicas das crianças abrangidas, evitar ou reduzir ao mínimo, os efeitos negativos que determinados factores provocam no crescimento e no desenvolvimento da criança.

Dado que as crianças e famílias estão intimamente ligadas conduz às conceptualizações que afirmam que mais importante do que estimular directamente a criança, seria prioritário uma intervenção dirigida a toda a família. Assim actualmente, grande número de investigadores em Psicologia e em Educação, são unânimes ao considerar a Intervenção Precoce uma necessidade como prática interventiva, na qual a abordagem às necessidades da família como um todo e o envolvimento familiar são peças fundamentais. É o que se denomina por Intervenção Precoce centrada na família.

Desta forma, o presente estudo, de natureza exploratória, situa-se nesta área, nomeadamente a nível da Intervenção Precoce e mais concretamente sobre a Caracterização dos Programas de Intervenção Precoce para crianças entre os 0 e os 3 anos, implementados ao nível das Equipas de Apoios Educativos, do Ministério da Educação e concretizados numa dada região do País.

Dada a escassez de estudos de investigação a nível da Intervenção Precoce na realidade portuguesa e conscientes da sua importância fundamental, ao caracterizar tais programas, pensamos poder contribuir para uma definição, no nosso país, de uma política de Intervenção Precoce para os primeiros anos de vida.

Abstract

From the 60's onwards more and more research has appeared leading to the development of Early Intervention Programmes, involving a diversity of services, ranging from health to education, as well as social services. These services aim, through the development of projects fitting the specific needs of targeted children, at avoiding or reducing to a minimum, the negative effects that certain factors cause in the growth and development of the child.

Given that children and families are closely connected leads to conceptualisations which state that more important than directly stimulating the child, an intervention directed towards the whole family, would be the priority. Thus, actually, a large number of researchers in psychology and education, are unanimous in considering Early Intervention a necessity, as an intervening practice, in which the approach to family needs as a whole and family involvement are fundamental pieces. This is what is termed family centred Early Intervention.

Thus, the present investigation, of an exploratory nature, is situated in the aforementioned area, namely regarding Early Intervention, and more specifically, regarding the Characterization of Early Intervention Programmes for children aged 0 to 3, put into practice at the Educational Support Teams, of the Education Board, in put into practice in a given region of the country.

Given the scarcity of research studies concerning Early Intervention in Portuguese reality and being aware of their prime importance to the characterization of such programmes, we believe to be able to make a contribution towards a definition, in our country, of a more consistent Early Intervention policy for the first years of life.

Résumé

A partir des années 60 un nombre toujours grandissant de recherches conduisant à l'élaboration de programmes d'Intervention Précoce apparaît, englobant toute une série de services: des services de santé, d'éducation, tout ainsi que des services sociaux. De tels services ont pour but, à travers du développement de projets adéquats aux nécessités spécifiques des enfants et des familles, d'éviter ou de réduire au minimum, les effets négatifs que certains facteurs ont sur la croissance et le développement de l'enfant.

Étant donné que familles et enfants sont étroitement liés, nous sommes conduit aux conceptualisations qui affirment que plus important que stimuler directement l'enfant, une intervention dirigée à toute la famille serait prioritaire. Ainsi, de nos jours, un grand nombre de chercheurs en psychologie et éducation, sont d'une même voix pour considérer l'Intervention Précoce comme une nécessité en tant que pratique interventive, dans laquelle l'abordage de la famille comme un tout et l'engagement familial, sont des pièces fondamentales. C'est ce que l'on nomme l'Intervention Précoce Centrée sur la Famille.

De cette façon, cet étude, de nature exploratoire, se situe dans cette optique, notamment en ce qui concerne la caractérisation des Programmes d'Intervention Précoce pour enfants de 0 à 3 ans, mis au point par des Equipes d'Appui Éducatif, du Ministère de l'Éducation, dans une région déterminée du pays.

Vu le manque de recherches au niveau de l'Intervention Précoce au Portugal et conscients de leur importance fondamentale, nous pensons pouvoir contribuer pour une définition de politiques d'Intervention Précoce dans notre pays.

Agradecimentos

Gostaria de expressar um agradecimento a todos aqueles que generosamente, apoiaram e se dedicaram a contribuir para a concretização do presente estudo nas suas diferentes fases de desenvolvimento.

A primeira palavra é dirigida ao Professor Doutor Joaquim Bairrão, orientador desta dissertação, pelo empenhamento colocado no desenvolvimento deste trabalho, pela sua grande competência e profissionalismo para mim tão valiosos e ainda pelo apoio amigo e palavras de incentivo que sempre soube transmitir-me.

Aos coordenadores e educadores das Equipas de Apoio Educativo pela sua colaboração e pelo valioso contributo de um testemunho baseado na prática, sem o qual a realização deste trabalho não faria sentido.

À Mestre Carla Martins pelos ensinamentos e ajuda prestada no tratamento estatístico dos dados.

Aos meus familiares e amigos que colocaram á minha disposição não apenas o seu conhecimento como o seu afecto e compreensão, ajudando a superar os momentos de maior angústia e desânimo.

Aos meus filhos, cada um á sua maneira, pela forma como souberam estar ao meu lado em todos os momentos não exigindo nada, estimulando-me sempre e retirando-me os obstáculos do caminho.

Ao meu marido, pela forma carinhosa e determinada como sempre me apoiou em todas as fases deste trabalho.

À memória do meu Pai

INTRODUÇÃO

A investigação desenvolvida nos últimos 30 anos acerca do desenvolvimento da criança em risco, aumentou os nossos conhecimentos relativamente á natureza transaccional do processo de desenvolvimento e dos benefícios potenciais dos serviços de Intervenção Precoce. A qualidade do ambiente dos cuidados tem influência nos efeitos dos factores de risco biológico fornecendo suporte substancial para o desenvolvimento de estratégias de intervenção por forma a modificar o ambiente. A implementação desta intervenção reflecte um conjunto de perspectivas conceptuais que têm sido baseadas numa grande variedade de práticas com fundamentação empírica e teórica.

Acredita-se, ainda que por vezes com alguma reserva, na responsabilidade da sociedade na promoção de cuidados e protecção à criança. Isto surge com mais acuidade quando se trata de crianças com necessidades educativas especiais como resultado da deficiência ou de crescerem em condições desfavoráveis. Também se adquiriu o sentido de que a prevenção é melhor do que o tratamento ou do que remediar.

É assim que, a partir dos anos 60, surgem cada vez mais investigações que conduzem à elaboração de programas de Intervenção Precoce, englobando uma diversidade de serviços que vão desde os serviços de saúde, de educação, aos de segurança social. Tais serviços procuram, através do desenvolvimento de projectos adequados às necessidades específicas das crianças abrangidas, evitar ou reduzir ao mínimo, os efeitos negativos que determinados factores provocam no crescimento e no desenvolvimento da criança.

Algumas das áreas de investigação – educação das crianças, saúde materno-infantil, educação pré-escolar, educação especial e pesquisa no campo do desenvolvimento - vão ter um papel fundamental e decisivo na implementação de programas para as crianças, com deficiência ou em risco de atraso grave do desenvolvimento, pela compreensão da forma como se processa esse desenvolvimento, enfatizando a importância de um contexto adequado às necessidades da criança desde o momento do nascimento.

Dado que as crianças e famílias estão intimamente ligadas, conduz às conceptualizações que afirmam que mais importante do que estimular directamente a criança, será prioritário uma intervenção dirigida a toda a família. Assim actualmente,

grande número de investigadores em Psicologia e em Educação, são unânimes ao considerar a Intervenção Precoce uma necessidade como prática interventiva, na qual a abordagem às necessidades da família como um todo e o envolvimento familiar são peças fundamentais, (Bailey, 1990, 1991, 1992, 1993; Bairrão, 1987, 1994, 1995, 1998, 1999; Bronfenbrenner, 1975, 1977, 1983; Leitão, 1983, 1994; Sameroff & Fiese, 1990, 1995; Simeonsson & Bailey, 1990; Simeonsson, 1996; Trivette et al., 1990). É o que se denomina por Intervenção Precoce Centrada na Família.

Desta forma o presente estudo situa-se nesta área, nomeadamente, a nível da Intervenção Precoce e mais concretamente sobre a Caracterização dos Programas de Intervenção Precoce para crianças entre os 0 e os 3 anos, implementados ao nível das Equipas de Apoios Educativos, do Ministério da Educação e concretizados numa dada região do País.

Dada a escassez de estudos de investigação a nível da Intervenção Precoce na realidade portuguesa e conscientes da sua importância fundamental, ao caracterizar tais programas, pensamos poder contribuir para uma definição, no nosso país, de uma política de Intervenção Precoce para os primeiros anos de vida, mais consistente.

A primeira parte deste trabalho é composta de três capítulos e integra uma revisão da literatura mais selectiva do que exaustiva.

No primeiro capítulo intitulado – *A Intervenção Precoce – Contributos para a Delimitação do Conceito e das Práticas* – faz-se uma breve introdução à evolução do conceito de Intervenção Precoce, focando-se os diferentes contributos da Psicologia do Desenvolvimento e da Educação. Nesta primeira parte focamos ainda a educação pré-escolar e a legislação referente à Intervenção Precoce nos E.U.A. e na Suécia, países onde ela atinge um nível científico elevado bem como uma prática de grande qualidade. Finalmente é feita ainda, uma breve reflexão acerca da avaliação da eficácia dos Programas de Intervenção Precoce.

No segundo capítulo intitulado – *Perspectiva Transaccional e Ecológica para o Desenvolvimento da Criança e sua Importância para a Intervenção Precoce* – pretende-se analisar as linhas teóricas relativas às perspectivas transaccional e ecológica do

Desenvolvimento Humano e seu contributo para a intervenção. Seguidamente apresenta-se a abordagem da intervenção centrada na família, dando especial relevo à importância nos nossos dias de tal abordagem. É aqui apresentado o “Ciclo de Intervenção” de Simeonsson et al., (1996) como proposta de organização do processo de avaliação/ intervenção em Intervenção Precoce. Fazemos ainda referência aos principais contextos de intervenção: apoio domiciliário, apoio em creche/jardim de infância e apoio em Unidade de Intervenção Precoce.

No terceiro capítulo intitulado – *Intervenção Precoce – Contributos da Educação Pré-Escolar e da Educação Especial* – procuramos caracterizar a organização e os programas de Intervenção Precoce ao nível das Equipas de Apoios Educativos do Ministério da Educação, na região de Trás-os-Montes.

Começamos por fazer referência à evolução da Educação Pré-Escolar e da Educação Especial e o seu contributo para a organização de serviços de Intervenção Precoce, contextualizando esta evolução no âmbito do Sistema de Saúde, da Segurança Social e de Educação. Abordaremos também alguns documentos legislativos referentes à problemática da Intervenção Precoce, desde a L.B.S.E. (Lei n.º46/86), até ao Despacho Conjunto n.º 891/99, de 13 de Agosto, passando pelo Decreto Lei n.º 319/91.

Concluiremos este capítulo com uma referência a algumas experiências importantes, que têm proporcionado, não apenas a concretização de projectos de Intervenção Precoce, mas simultaneamente constituem iniciativas que reflectem já determinada sensibilidade relativamente a esta problemática.

A segunda parte deste trabalho refere-se ao estudo empírico.

No primeiro capítulo desta segunda parte, começamos por caracterizar o contexto onde o presente estudo foi desenvolvido e apresentamos os objectivos do nosso trabalho. Seguidamente é feita a planificação e organização da pesquisa. Nos capítulos seguintes é feita uma descrição dos instrumentos e procedimentos metodológicos.

Os resultados são discutidos e integrados nas reflexões finais e nas propostas de acção apresentadas no terceiro e último capítulo.

I PARTE
ANÁLISE DA LITERATURA

**Capítulo I – A Intervenção Precoce - Contributos para a
Delimitação do Conceito e de Práticas**

A educação das crianças com necessidades educativas especiais supõe não só pensar a forma de intervir junto dessas crianças como também a forma como se percebe a própria criança. Problematizar a intervenção precoce supõe ir além disto e equacionar a intervenção junto de crianças em dificuldade, em etapas o mais precoces possível. Este simples facto vai exigir uma clarificação do que se entende por crianças em dificuldade. Com efeito quando se começou a pensar nas crianças em dificuldade nem sempre se considerou que a criança tem de ser entendida na rede de relações que a fazem existir, isto é, considerava-se a criança descontextualizada, fora das suas circunstâncias de vida, das suas relações pessoais, das suas afectividades, das suas referências culturais. Ora, já Ortega Y Gasset, há muitos anos ensinara que “cada pessoa é a pessoa e mais a sua circunstância”. Se só entendermos uma criança no seu meio e com as pessoas que a cercam, daqui decorre que, mesmo quando o objecto de interesse primeiro é a criança, somos obrigados, concomitantemente, a alargar a nossa atenção ao sistema de relações que ela estabelece.

Nesta nossa reflexão sobre a Intervenção Precoce, começaremos por fazer uma breve referência à evolução do pensamento sobre a educação da criança. Com efeito, a criança, ao longo da história da educação tem sido olhada de modos diversos, percebida como algo de “vazio” a encher, como um mero produto das circunstâncias do meio, ou como um adulto em miniatura. Só tardiamente se entendeu a criança como um ser autónomo, diferente e em evolução. Para a compreensão do desenvolvimento da criança importa pois ter em conta a evolução das perspectivas sobre a educação da criança em geral. Referiremos alguns contributos de pedagogos eminentes que são marcos incontornáveis no âmbito da Educação como por exemplo, Montessori e Froebel.

Em seguida não poderemos evitar referir alguns dados sobre a investigação em psicologia do desenvolvimento.

A evolução do pensamento da educação das crianças em geral, levou à organização de forma sistemática dessa educação na escola. A educação, de início, muito centrada na instrução, na aprendizagem da leitura e da escrita, veio posteriormente a confrontar-se com o problema, primeiro da inadaptação e posteriormente com o insucesso da escola, sobretudo quando a obrigatoriedade do ensino básico, para todos, faz entrar nas escolas uma massa de alunos provenientes de todos os estratos sociais.

Como o insucesso atingia, sobretudo, as crianças provenientes dos meios sociais económica e culturalmente desfavorecidos e porque estes meios sociais eram conotados com carências económicas e culturais, houve que concretizar programas que “compensassem” essas carências e munissem as crianças com dificuldades, com as competências necessárias à integração na escolaridade formal. Assim para além de se proporcionarem alternativas para a educação de crianças socialmente desfavorecidas, procurava-se, simultaneamente responder a necessidades sociais as quais estão intimamente ligadas ao processo de industrialização e aos fenómenos de transformação que o acompanharam, tais como a urbanização e a rotura das estruturas tradicionais da família. Alguns destes aspectos que referiremos brevemente, ligam-se com a importância progressiva, por exemplo, da Educação Pré-Escolar.

Paralelamente, dentro da educação, foi tomando corpo a ideia de compensação e/ou de diferenciação educativa, no âmbito da escola. Apareceram assim os programas de educação compensatória e de educação especial.

Inicialmente, a educação compensatória e a educação especial situavam-se sobretudo na faixa etária abrangida pela escolaridade obrigatória. Porém, progressivamente, um conjunto de inferências retiradas da avaliação dos múltiplos programas desencadeados, fosse na educação pré-escolar, fosse na educação escolar formal e do progresso registado nas ciências que se ocupam da educação da criança, foi-se chegando à conclusão que uma intervenção em etapas preliminares à da escolarização poderia ajudar algumas dessas crianças a desenvolverem-se de modo harmonioso. Foi assim crescendo a ideia de uma intervenção na infância, desenvolvendo-se Programas de Intervenção Precoce.

1 - Contributos para os Programas de Intervenção Precoce

1.1- O Estudo da Criança no âmbito da Psicologia da Educação

Ao longo da história da Humanidade, filósofos e pedagogos salientaram a importância da educação das crianças nas primeiras idades. Coménio (1592-1670), por exemplo, defendia que a “*Escola da Mãe*” era o contexto mais adequado para a educação nos primeiros seis anos de vida, onde espontaneamente a criança poderia realizar as suas aprendizagens. Salientando o protagonismo dos pais na educação de seus filhos, equacionava também algumas orientações de modo a que estes pudessem proporcionar a “saúde física e espiritual” da criança, salientando ainda a importância dos cuidados individuais nesta faixa etária (Clarke-Stewart e Fein, 1983).

Durante os séculos XVII e XVIII surge e predomina a ideia de que a criança é um ser naturalmente puro e cheio de potencialidades, (Rousseau, 1712-1778). A orientação educativa mais adequada era pois aquela que proporcionava a espontaneidade e a realização das capacidades individuais da criança traduzida na abordagem do *laissez faire*, (Shonkoff e Meisels, 1990).

No início do Séc. XIX, na Alemanha, Friedrich Froebel criou o primeiro Jardim de Infância, cuja filosofia se baseava nos valores religiosos tradicionais, enfatizando também a importância do jogo. A expressão “Jardim de Infância” surge com Froebel, significando basicamente o seguinte: “Do mesmo modo que as plantas são plantadas num jardim com a protecção de Deus, em harmonia com a natureza e sob o cuidado de jardineiros experimentados, também as crianças, como plantas delicadas e embriões do homem de amanhã, deverão ser tratadas de harmonia com Deus, com a natureza e com elas mesmas”, (Gomes, 1986:p.35).

Durante o século XIX verifica-se um progressivo aumento de estruturas educativas para crianças com menos de 6 anos, inicialmente na Europa e posteriormente nos Estados Unidos da América, respondendo tais estruturas às necessidades de uma população cada vez mais investida no trabalho, dada a influência da industrialização e da urbanização e necessitando por isso, de guarda para os filhos. Embora fundamentadas por algumas teorias científicas, que se traduziam em estratégias educativas, as estruturas educativas nesta altura procuraram sobretudo responder a

necessidades sociais de guarda, dado o número crescente de mães trabalhadoras. Igualmente tais propostas educativas respondiam também a crianças oriundas de famílias socialmente desfavorecidas.

Em 1907 Maria Montessori, abre em Roma a primeira escola materna para crianças, designada *Casa dei Bambini*. Montessori desenvolve um método inicialmente destinado a crianças “com atraso” e que posteriormente aplicou a crianças pobres não deficientes da zona urbana e de idade pré-escolar. Os seus currículos afastavam-se dos tradicionais, enfatizando o auto-ensino num ambiente de sala de aula cuidadosamente preparado.

Em 1910, foi criada em Londres, por Rachel e Margaret MacMillan uma escola materna, junto a uma clínica, tendo como objectivo prestar serviços abrangentes e preventivos adequados às necessidades físicas, sociais e intelectuais das crianças nos primeiros anos de vida. Os currículos eram baseados em valores seculares e sociais e valorizavam o desenvolvimento da autonomia, da responsabilidade individual e das competências educacionais, (Peterson, 1987, cit. por Shonkoff e Meisels, 1990).

Em 1920, estas “escolas maternas” ganham popularidade nos Estados Unidos tendo como base o modelo adaptado de MacMillan que dava grande relevo ao envolvimento dos pais nos programas da educação, (Shonkoff e Meisels, 1990).

Com o início da Segunda Guerra Mundial, a necessidade das mulheres trabalharem nos planos de defesa levou á expansão dos jardins de infância, os quais foram designados com a forma genérica de *Kindergarten*. Terminada a Guerra e durante o período de depressão (1930), diminuíram os fundos federais para a prestação de cuidados às crianças tendo muitos programas terminado. Novamente o jardim de infância teve de servir sobretudo para o atendimento às crianças com mais carências.

Sem dúvida que do ponto de vista da educação, os interesses das crianças e das suas famílias, têm sido sempre influenciados pelos constrangimentos políticos e sociais. É neste contexto sociopolítico que prossegue o debate entre “cuidados” e “educação” nos anos pré-escolares. Esta dualidade, cuidados/ educação, traduz a dupla valência social e educativa que desde os primórdios da educação pré-escolar tem estado na sua génese.

Do que atrás referimos constata-se que a Intervenção Precoce, vai buscar as suas raízes à educação pré-escolar e à “educação compensatória”. Na realidade, as práticas dos primeiros programas de Intervenção Precoce, são muito influenciados pelos currículos pré-escolares e daí serem centrados exclusivamente na criança. Igualmente a ênfase na socialização, no desenvolvimento emocional, social e cognitivo, são também sinais dessas influências. Este legado conceptual conjuntamente com a diversidade de materiais, recursos e técnicas, têm vindo a aperfeiçoar-se ao longo dos anos e está na base dos programas de Intervenção Precoce.

1.2- Perspectivas teóricas do desenvolvimento da criança

Uma interrogação que se coloca de forma recorrente aos estudiosos do desenvolvimento tem a ver com as perspectivas da criança como ser que se constrói ou como adulto em miniatura. Desde os seus primórdios a psicologia do desenvolvimento debate-se com a questão de saber se o comportamento do indivíduo reflecte a acção da experiência ou se é determinado pelo potencial inato e hereditário. Claro está que só teoricamente se podem extremar estas duas perspectivas.

O problema de *nature and nurture*¹, tal como foi apelidado por Galton (1871, cit. por Cairns, 1983) preocupa os teóricos do desenvolvimento. As posições sobre esta matéria são muito diversas. No entanto, poderemos dizer que a questão não tem uma resposta linear, de tipo ou uma ou outra, mas sim que se trata de reflectir sobre o modo através do qual estas duas influências se entrecruzam para darem origem ao desenvolvimento da criança.

Uma das figuras proeminentes no campo da psicologia do desenvolvimento nos anos 30 foi Arnold Gesell que colocava a ênfase nos processos de crescimento e de maturação no desenvolvimento e do que chamou o “entrelaçamento entre o que acontece e o que aconteceu”. Em 1928 Gesell publica “*Infancy and Human Growth*” que segundo o autor, tem como objectivo “fornecer uma expressão precisa do curso, do padrão e da linha de crescimento mental na criança normal e excepcional”. Nesta obra Gesell estabeleceu normas que propunha como definitivas para o crescimento e alterações do comportamento para as crianças até aos cinco anos. Gesell reconhece

¹ O paradigma “*nature/nurture*” pode traduzir-se em termos de “Hereditariedade/Meio”.

propriedades específicas no comportamento humano e no crescimento mental: “O crescimento mental é um processo constante de transformação e de reconstituição(...). Existem estádios e fases bem como existe um entrelaçado entre o que acontece e o que aconteceu”, (Gesell, 1928; cit. por Cairns, 1983; p.73).

A perspectiva maturacionista de Gesell definida como, um modelo linear do desenvolvimento humano, foi muito utilizada pelos clínicos, com o objectivo de prognosticar os êxitos a longo termo baseados nas aquisições e nos marcos do desenvolvimento da infância. Esta perspectiva reforça predominantemente a importância do património genético como responsável pelas diferenças individuais.

Durante os anos cinquenta a perspectiva maturacionista esteve ligada, ao reconhecimento da relação entre factores pré, péri e pós-natais adversos e as alterações ulteriores do desenvolvimento, correspondendo ao paradigma do determinismo biológico designado por “*continuum of reproductive casualty*” (Lilienfeld e Pasamanick, 1954). Estes autores salientam que existe um contínuo que se estabelece, desde a morte, até problemas mais ou menos graves, todos eles ligados à reprodução².

Este conceito, traduzido por Bairrão (1994), **por risco de reprodução ou morbilidade reprodutiva**, encontra-se historicamente radicado em Pasamanick e Knobloch (1973). Estes autores no artigo “*The epidemiology of reproductive casualty*” referem que alguns factores amplamente conhecidos e identificados, que se situam nos períodos pré, péri e pós-natal, são potencialmente geradores de problemas de desenvolvimento, verificando-se uma maior prevalência destes, nas crianças oriundas de meios socialmente desfavorecidos. A constatação deste factor é motivo de reflexão para estes autores, que apontam para medidas de prevenção mais abrangentes e nomeadamente de carácter social.

Posteriormente Sameroff (1975), retoma este conceito de morbilidade ligada à reprodução (“*reproductive casualty*”) e salienta o facto de que, contrariamente aquilo que tradicionalmente era assumido pelos modelos de cariz médico, não é possível

² É uma morbilidade que se reproduz desde o nascimento (reprodução) até à idade adulta e daí Bairrão, (1994) chamar-lhe “morbilidade reprodutiva” que pode induzir em erro. Esta designação é ao mesmo tempo morbilidade ligada à reprodução e morbilidade que se reproduz, (reprodutiva) ao longo do tempo (Bairrão, 2000).

explicar cabalmente as alterações do desenvolvimento através de relações simplistas do tipo causa/ efeito.

Vários estudos parecem demonstrar que o contínuo de morbilidade ligada à reprodução tem pouco suporte científico. O que parece evidenciar-se é que “o estatuto socioeconómico parece ter uma influência mais determinante no curso do desenvolvimento do que a história péri-natal”, (Sameroff, 1975: p. 69).

Encaminhamo-nos assim, para a valorização dos aspectos relacionados com as características do ambiente no qual a criança se desenvolve.

Ainda segundo Sameroff (1975) embora a “morbilidade de reprodução” possa desempenhar um papel inicial na produção de problemas posteriores no desenvolvimento das crianças, é o ambiente dos cuidados que determinará, em última análise, os resultados finais nos produtos desenvolvimentais. Sameroff e Chandler (1975) propõem uma noção equivalente, conhecida por **contínuo de acidentes de socialização** “*continuum of caretaking casualty*”. Na realidade esta designação equivalente ao conceito de “*reproductive casualty*”, para os acidentes da socialização, significa que acidentes que se reproduzem, em função de maus cuidados prestados precoce e intensamente, por pais ou outros agentes de socialização têm efeitos desastrosos no desenvolvimento da criança.

Nesta perspectiva reforça-se a dificuldade dos pais ou outros agentes de socialização na organização de um estilo interactivo “ideal” que proporcione à criança condições favoráveis para o seu desenvolvimento biológico e social.

Assim, não é o “contínuo de morbilidade de reprodução”, nem o “contínuo de acidentes de socialização” que isoladamente têm um valor de prognóstico definitivo acerca das características do processo de desenvolvimento, mas é provavelmente a combinação destas dimensões que torna possível a compreensão do desenvolvimento, (Sameroff, 1975).

No contexto da Intervenção Precoce isto significa que as agressões biológicas podem ser modificadas pelos factores ambientais e que as vulnerabilidades desenvolvimentais podem ter também uma etiologia social ou ambiental. Há portanto uma bidireccionalidade entre factores sociais e biológicos que têm um grande impacto

na génese do desenvolvimento que por sua vez influência não só a intervenção nesta área como também a própria organização dos serviços.

Enquanto a perspectiva *maturacionista* colocava ênfase nos processos de crescimento e de maturação no desenvolvimento, a perspectiva *behaviorista*, considera que a aprendizagem é a base dos mecanismos desenvolvimentais. A biologia é um factor importante, mas apenas como elemento potenciador da aprendizagem. Trata-se do Modelo de Determinismo Ambiental, segundo o qual, o desenvolvimento, era visto como produto da manipulação das condições de aprendizagem.

A perspectiva behaviorista veio contrariar a perspectiva maturacionista que recebeu grande suporte durante a primeira metade do século XX. Esta perspectiva em Psicologia tem como chefe de fila John Watson, um dos mais importantes defensores deste paradigma, que afirmou: “Uma vez que os behavioristas encontraram nas crianças pouco que corresponda ao instinto e visto que a criança faz-se e não nasce completa, a falência de uma criança ser feliz, bem adaptada, assumindo a saúde do corpo, cai sobre os ombros dos pais”. A aceitação deste ponto de vista, “implica que criar um filho é a mais importante obrigação social”, (Watson, 1928, p.8, cit. por Shonkoff e Meisels, 1990).

Embora a perspectiva maturacionista do desenvolvimento se tenha revelado dominante na primeira metade deste século, a sua influência começa a ser posta em causa pelos igualmente poderosos conceitos dos comportamentalistas, que afirmam que na ausência de lesões cerebrais significativas, os produtos desenvolvimentais da criança são largamente determinados pela componente ambiental.

Com o advento da dita “revolução cognitivista” de Piaget em anos 50, (Cairns, 1983 cit. por Shonkoff e Meisels, 1990), é dado um passo no sentido de ultrapassar o debate *nature/nurture*, devido ao reconhecimento de que no desenvolvimento da criança os factores biológicos e sociais se influenciam mutuamente.

Analisando as perspectivas *desenvolvimentalista* e *behaviorista* ou *comportamentalista*, Horowitz (1984) sublinhou que a aceitação sem reservas do modelo desenvolvimentalista não deixava suporte para um investimento na Intervenção Precoce. Pelo contrário, se entendermos o desenvolvimento numa perspectiva

behaviorista, em que o papel da aprendizagem é crucial no desenvolvimento e a capacidade de aprendizagem é o resultado das experiências em determinado contexto ambiental, então a intervenção precoce é um elemento importante na medida em que permite reagir a ambientes que naturalmente não conduziram a bons resultados em termos de desenvolvimento.

Veiga (1995) considera que a oposição entre estas duas perspectivas é necessariamente simplista e sem grande sentido no aprofundamento do desenvolvimento da criança, acrescentando ainda: “Mais do que saber se o desenvolvimento depende de factores inatos ou adquiridos, importa perceber qual o contributo de cada uma das perspectivas no desenvolvimento”. Assume-se portanto uma complementaridade entre estes factores no desenvolvimento da criança.

Outra linha de investigação teve como objectivo reflectir acerca da influência do meio no desenvolvimento humano. Na investigação do desenvolvimento da criança conduzida dentro deste paradigma podem distinguir-se dois tipos de modelos. Um primeiro focado nas relações entre criança e adultos e um segundo modelo focado nas relações entre crianças.

Bronfenbrenner e Crouter (1983) referem que os primeiros estudos acerca da influência do meio no desenvolvimento, foram conduzidos por Spitz (1945) que focou a sua atenção nos efeitos nefastos da institucionalização no desenvolvimento cognitivo e sócioemocional da criança, (Spitz, 1946 a); 1946 b). Estes estudos demonstraram que o isolamento continuado e a falta de estimulação existentes em muitas instituições, tais como orfanatos, hospitais, etc. tinham um impacto negativo no desenvolvimento da criança. Spitz designou estes efeitos por síndrome de hospitalismo, caracterizado por um atraso de crescimento, relacionamento social desadaptado e problemas de saúde na infância, que nos casos mais graves pode mesmo originar a morte.

Pela mesma altura, outros estudos importantes foram conduzidos por Skeels (1946), que incidiram sobre crianças institucionalizadas. Tais estudos tiveram como objectivo reflectir até que ponto, as sequelas desenvolvimentais, consequência da privação na infância eram modificáveis. Os investigadores controlaram os níveis de estimulação nestas crianças e revelaram que ambientes estimulantes poderiam atenuar

os efeitos nefastos provocados pelas experiências prejudiciais ocorridas durante a primeira infância.

Skeels e colaboradores (1942 e 1946), citados por Shonkoff e Meisels (1990), desenvolveram a primeira investigação experimental de Intervenção Precoce, como uma estratégia para estudar o impacto do meio ambiente no desenvolvimento humano. A abundante literatura empírica gerada por estes estudos, evidenciou a maleabilidade do desenvolvimento humano precoce, estabelecendo deste modo um racional para a intervenção nos primeiros anos de vida.

Nesta área deve referir-se ainda o trabalho de Bowlby (1951), citado por Shonkoff e Meisels (1990), que proporcionou uma base teórica para os estudos sobre a privação precoce. Bowlby chamou a atenção para a importância fundamental da relação mãe-criança no desenvolvimento harmonioso desta. A sua ulterior formulação do constructo *attachement* proporcionou bases para o desenvolvimento, durante as décadas seguintes, de estudos críticos e muito importantes, acerca da relação afectiva criança-mãe: (Ainsworth, 1969; Bowlby, 1969; Blehar, Waters e Wall, 1978; Bretherthon e Waters, 1985; Sroufe, 1983 cit. por Shonkoff e Meisels, 1990). Segundo Guralnick (1997), existe um corpo extraordinário de literatura sobre padrões específicos de interacção pais/criança considerados importantes em determinados aspectos do desenvolvimento o que é acompanhado por uma maior compreensão sobre os mecanismos através dos quais essas influências parecem ocorrer.

Muita da investigação empírica que demonstrou a influência marcante do ambiente de prestação de cuidados, foi dando suporte à validade do modelo transaccional de desenvolvimento e que emergiu de estudos longitudinais iniciados em anos 50 e 60. Os dados gerados por esses estudos contribuem inequivocamente para a atenção dada pelos serviços de Intervenção Precoce às crianças vulneráveis.

Uma segunda fonte de inspiração para os Programas de Intervenção Precoce, vamos encontrá-la na Educação Pré-Escolar.

2 - A Educação Pré-Escolar e as crianças em desvantagem social

Como já vimos o movimento da Educação Pré-Escolar foi considerado como um dos contributos mais relevantes para o posterior desenvolvimento da Intervenção Precoce, (Shonkoff e Meisels, 1990 ; Richmond e Ayoub, 1993).

Considera-se assim que a educação pré-escolar, educação que decorre no período antecedente à entrada na escola, está dividida em duas fases distintas e com características diferentes, (Bairrão, 1990). A primeira decorre entre os 0 e os 2 anos e a família é o principal recurso nestas idades, podendo partilhá-lo com as amas ou com as creches. A segunda, dos 3 aos 6 anos, é mais formalizada decorre nos jardins de infância, tendo a família um papel menos relevante.

Assim, entende-se que a educação pré-escolar deve decorrer em instituições especificamente organizadas para o efeito, no que é um direito de todas as crianças. Também, como já referimos, os programas de educação pré-escolar, nos seus primórdios, eram especialmente destinados a crianças ditas em “desvantagem”. À medida que se foi generalizando a educação pré-escolar formal, os programas educativos foram-se reduzindo como espaços de interacção e de socialização, para se centrarem mais nas bases das aprendizagens formais, tornando-se os currículos mais academizados. Daí que os programas se tenham centrado quase só na criança e nos conteúdos curriculares, deixando para segundo lugar as dimensões sociais e de intervenção nos contextos social e ambiental da criança.

As crianças abrangidas pela educação pré-escolar pertencem geralmente a famílias de grupos sociais, económicos e culturais muito diversificados. Nem todas revelam as mesmas facilidades ou dificuldades de integração nos programas educativos dos jardins de infância ou da escola, quando nesta ingressam. As crianças ditas em “desvantagem” educativa revelam dificuldades fruto da não congruência entre os processos de socialização vividos na família e os processos do jardim ou da escola.

Estas crianças ditas em “desvantagem” provêm de meios familiares caracterizados por pobreza, ou minorias étnicas, habitando áreas urbanisticamente degradadas, etc. Nestes grupos incluem-se ainda famílias cujo nível de bem-estar sofreu rápida degradação devido a desemprego súbito, ou a desestruturação familiar devido a

divórcio, alcoolismo, droga, etc. A este propósito Landsheere (1978), citado por Bairrão (1990), refere que as crianças ditas em “desvantagem” são, pois, crianças: “Cujas experiências pessoais estão já determinadas pelas experiências passadas”, (p.82).

Estas crianças não têm grandes apoios da família no que diz respeito à sua educação, porque estas famílias têm que mobilizar todas as suas energias no sentido de resolverem as prementes necessidades de sobrevivência do dia a dia, ou não conseguem debalar os factores adversos. Digamos que, para estas famílias só existe o “curto prazo”, ou pelo menos a tónica das suas acções tem que ser colocada na resposta ao imediato. A estas famílias, pouco tempo ou espaço, fica para a criação de um adequado ambiente de estimulação e socialização da criança. Porventura, haverá mesmo um grande desfasamento entre o universo cultural familiar e o universo cultural privilegiado pela escola, o que faz com que vulgarmente, pobreza e condições de vida degradadas sejam entendidas como falta ou ausência de cultura. Então, uma outra desvantagem vai agravar a condição destas crianças quando ingressam no jardim ou na escola e que se prende com as fracas expectativas dos educadores sobre as suas possibilidades de desenvolvimento e integração socioeducativa. Estas expectativas geram “profecias” de insucesso que quase sempre se cumprem e o insucesso escolar e educativo dizima(va) estas crianças ditas em “desvantagem”.

Para este problema que respostas se procuraram? Como tentar inverter esta “fatalidade do insucesso educativo e escolar”?

Atendendo às dificuldades que a família teria em proporcionar a estas crianças um processo socializador minimamente congruente com as exigências da educação escolar, nos anos 60, surgem programas pré-escolares - nomeadamente nos E.U.A. e em vários países da Europa - que se ocuparam em trabalhar determinadas competências da criança tidas como determinantes para uma bem sucedida escolarização futura. Referimo-nos aos programas pré-escolares ditos de “educação compensatória”. Bairrão (1990), faz o seguinte enquadramento destes programas de educação compensatória classificando-os como: programas de desenvolvimento global da criança; programas de desenvolvimento da linguagem, em que o mais clássico foi nos anos 60, o de Bereiter-Engelman, programas cognitivos inspirados nas teorias de Piaget, centrados nos alunos e nas relações professor-aluno, referenciando o de Weikart (1973) e os programas de

Kamii (1972); programas de orientação behaviorista centrados em modificações comportamentais e, finalmente, programas centrados na família e que se desenvolviam com a intervenção desenvolvida em contextos domiciliários.

A avaliação dos resultados destes programas não forneceu dados generalizáveis, dada a reduzida grandeza das amostras. Contudo, com alguma reserva, podem retirar-se algumas inferências, tais como: a implicação das famílias na educação dos filhos parece ser o resultado de programas mais eficazes; os programas centrados na componente relacional da criança com os professores também apresentaram influências positivas duradouras (detectáveis no ensino secundário); os ganhos destes programas situaram-se especialmente a nível dos comportamentos sociais e a nível de resultados académicos.

Mas as vantagens destes programas estiveram sobretudo nas conclusões retiradas pelos investigadores com vista a futuros programas e que, em síntese, foram:

Em programas que visem combater a desvantagem há que ter em consideração a criança como pessoa na pluralidade das suas dimensões - cognitiva, emocional e social.

Há que, também, atender a que a criança vive num determinado contexto familiar e que este contexto se situa num contexto comunitário mais amplo, com modos de vida orientados por valores, tradições, hábitos, rotinas, numa palavra, com uma cultura própria. Daí que qualquer programa para as crianças em desvantagem deva considerar a especificidade de cada contexto sociocultural e prever a intervenção de elementos dos contextos a que a criança pertence: família e outros elementos da comunidade, porque “(...)nos grupos em desvantagem, sobretudo nas minorias étnicas e culturais e nas classes pobres (...) só promovendo o desenvolvimento global dos pais e fortalecendo as suas capacidades parentais, as crianças progridem”, (Bairrão, 1992, p.43).

Os programas de acção deverão pois ser programas de “intervenção ecológica”, na acepção de Bronfenbrenner (1979), isto é, não devem limitar-se a actuar sobre a criança, mas também a procurar intervir na modificação das condições de vida da família e da comunidade, procurando criar recursos e o acesso a equipamentos e meios económicos, sócio-profissionais e culturais que possibilitem uma efectiva modificação das condições de vida das famílias e da criança, (Bairrão, 1990).

Segundo Weikart (1973), citado por Bairrão (1992), um programa de educação pré-escolar para actuar eficazmente na erradicação ou atenuação substantiva dos factores de desvantagem educativa deverá satisfazer as seguintes condições:

- Ser devidamente estruturado, com objectivos curriculares bem definidos, metas e estratégias bem delimitadas e com uma alta qualidade de ensino/aprendizagem;
- Existir planeamento educativo realizado em equipa;
- Contar com pessoal técnico adequado funcionalmente e devidamente formado e apoiado;
- Implicar o envolvimento parental no processo educativo.

Um modelo deste tipo, designado pelo autor de “modelo transaccional” coloca em interacção o trinómio: programa - técnicos - pais, ou seja, as dimensões da relação interpessoal, sócio-institucional e cultural são parte fundamental do programa, Weikart (1973). Daí decorre que um conjunto de trocas socioculturais ricas, permitirão um conhecimento mais aprofundado de cada um dos “parceiros” envolvidos nas acções em curso, mais oportunidades de adequação das ofertas às necessidades reais da criança e um maior respeito e aceitação do outro junto da criança e dos pais. Em síntese, a melhoria da auto-estima dos pais o seu “crescimento” pessoal e cultural proporcionado pelos programas, vai repercutir-se beneficemente nas crianças.

Se se entender que a educação pré-escolar serve todas as crianças, de todos os grupos sociais, mas especialmente para as crianças pertencentes a grupos sociais desfavorecidos, ela pretende desenvolver capacidades que permitam uma integração social e escolar futura menos problemática, há que ter em atenção que “para além dos problemas científicos, são decisivos em Educação Pré-Escolar, os aspectos sociopolíticos e socioeconómicos”, (Bairrão, 1992; p.51).

O que acabamos de referir é válido também para os programas de Intervenção Precoce.

Deste modo, um outro aspecto, de importância relevante, para concretizar os objectivos de qualquer programa de Intervenção Precoce junto das crianças em desvantagem educativa, deverá situar-se a montante do programa e diz respeito à necessidade dos serviços, que se irão ocupar destas crianças, percebam o que está em jogo, concebam projectos educativos congruentes com os projectos e programas desencadeados pela/na educação pré-escolar e sobretudo na articulação destes com as famílias.

2. 1- O Programa “Head-Start” - serviços multidimensionais ou abrangentes

De entre a variedade de programas que integravam a educação compensatória, consideramos relevante para o presente estudo, retermos o programa orientado para a intervenção e a melhoria da educação infantil - Programa *Head Start*.

O programa *Head-Start* liderado por Edward Zigler, director do “*Office of Child Development*” é mais do que um Projecto Educacional. De facto, ele visa a intervenção em toda a comunidade integrando preocupações mais abrangentes.

O *Head Start* enfatizava o desenvolvimento e distribuição de um sistema abrangente de educação compensatória, serviços de saúde, de alimentação, sociais e psicológicos e o envolvimento dos pais e da família. Segundo Zigler e Valentine (1979), citado por Brambring (1996), o *Head Start* era visto como um programa que deveria ajudar as crianças provenientes de meios socioeconómicos baixos a sair da pobreza.

O *Head Start*, assim como outros programas de intervenção para crianças em risco ambiental, não esteve isento de críticas. Brambring (1996), refere que o legado, o impacto e os contributos do programa, contudo, são indiscutíveis e legislação recente fundamentou o facto de que actualmente o *Head Start* está nos E.U.A., profundamente entrelaçado na elaboração da Intervenção Precoce.

Nurs e Hodges (1982), identificam algumas componentes do referido programa:

- Serviços médicos para as crianças;
- Serviços sociais no contexto domiciliário e na educação dos pais;
- Serviços com preocupações no desenvolvimento das crianças;
- Uso intensivo de voluntários;
- Preparação para a escola.

Segundo Clarke-Stewart e Fein (1983), o *Head Start* teve início em anos 60 tendo começado com um programa piloto de 8 semanas para crianças entre os 3 e os 5 anos em cerca de 2.500 comunidades, registando logo em 1967, uma cobertura de 2.5 milhões de crianças.

Os mesmos autores referem que os programas assumiam formas de concretização diversa que resultavam da articulação das componentes atrás já referidas. A grande maioria era baseada em centros prevendo a participação de pais e voluntários, embora

alguns deles privilegiassem o contexto domiciliário. A sua duração era variável. Alguns programas tinham apenas a duração de algumas semanas, enquanto outros previam uma duração de 1 ou 2 anos.

Roopnarine e Johnson (1993), referem que os conteúdos curriculares dos referidos programas reflectiam a influência de suportes teóricos diversos, particularmente evidentes a partir da década de 70. Segundo os citados autores, a teoria Piagetiana inspirou diversos programas: Lavatelli (1970), Weikart (1971), Kamii (1972); enquanto que os pressupostos do modelo behaviorista estavam patentes no programa de Bereiter e Engelmann (1966), sendo o mais clássico o modelo DISTAR.

O programa *Head Start* foi, desde a sua concepção, um sistema abrangente e multidimensional de serviços, criados com o objectivo de combater a situação crítica das famílias pobres com crianças. Estes programas integram serviços de saúde (médicos, dentistas, nutricionistas), de educação, de psicologia e sociais contando com a colaboração de profissionais de várias disciplinas. Embora com algumas preocupações relativamente às famílias destas crianças, promovendo, alguns deles, o seu envolvimento e a sua educação, o programa *Head Start* estavam fundamentalmente centrados na criança e na compensação dos seus défices, valorizando sobretudo, os aspectos curricular e programático e seu impacto no desenvolvimento cognitivo. Raramente surgiam centrados na família ou comunidade, agindo como verdadeiros agentes socializadores, (Bairrão, 1992).

O Programa *Head-Start* propiciou assim, um modelo importante para os programas de Intervenção Precoce que ainda hoje se mantém válido. Os efeitos benéficos destes programas nas crianças, nas famílias e nas suas comunidades, têm sido frequentemente explorados por diversos autores, entre os quais Bailey e Wolery, (1992). Embora este programa não tivesse de forma definitiva eliminado o insucesso escolar, a dependência de serviços sociais, os comportamentos delinquentes ou as consequências sociais da pobreza, eles tiveram uma enorme influência na ciência e na cultura posteriores. Talvez que um importante ponto de reflexão surja inspirado no *Head Start*. É que no campo da Intervenção Precoce os programas têm de estabelecer objectivos explícitos e realistas e terão de ser abrangentes tendo em conta as necessidades das famílias e as características dos ambientes onde actuam.

A este propósito Shonkoff e Meisels (1990), referem que mesmo assim temos de ser cautelosos nas promessas, pois não há soluções mágicas para muitos problemas sociais complexos que as crianças e as famílias apresentam.

Uma terceira fonte de inspiração para os programas de Intervenção Precoce vamos encontrá-la num conjunto de iniciativas federais que ocorreram nos E.U.A., desde o início do século, desta vez sob a forma de recomendações ou de legislação específica.

3 - A Legislação Americana e os Programas de Intervenção Precoce

O entusiasmo que se viveu nos anos 60, patente nos programas que visavam as crianças socialmente desfavorecidas, rapidamente se estendeu a outros domínios da intervenção educativa até aí entendidos noutra dimensão, estamos a referir-mo-nos às estratégias de intervenção visando as crianças com deficiência.

Em 1912, a criação do *Children's Bureau* vem garantir a existência de fundos federais para os serviços de saúde, com o objectivo de promover as condições de saúde e desenvolvimento de crianças vulneráveis e diminuir a mortalidade infantil. (Dunst, 1996).

Shonkoff e Meisels (1990), referem que embora o desenvolvimento de programas para crianças com deficiências progredisse mais lentamente do que os serviços destinados a crianças em situação de pobreza, os dados recolhidos pelo *Children's Bureau* através dos seus inquéritos estatais serviram também para identificar necessidades nesta área.

A aprovação do *Title V of the Social Security Act*, em 1935 autoriza o funcionamento de três programas (*Maternal and Child Health Services, Services for Crippled Children e Child Welfare Services*) que se destinavam a desenvolver serviços relacionados com a saúde, com a protecção a crianças que viviam em situação de privação económica ou com doenças incapacitantes (Dunst, 1996). Segundo Shonkoff e Meisels (1909) todas estas iniciativas reforçam claramente a importância de uma responsabilidade federal pelo bem-estar das crianças e suas mães.

A partir dos anos 60, devem ser realçados alguns marcos legislativos que tiveram um particular significado no desenvolvimento dos serviços de Intervenção Precoce para crianças com deficiência ou em risco desenvolvimental (Hebbeler et al., 1991, cit. por Dunst, 1996).

Assim, em 1965 a Public Law (PL) 89-10, designada "*Elementary and Secondary Education Act Title III*", autoriza o apoio a crianças com necessidades educativas especiais que frequentavam escolas estatais, assim como àquelas que frequentavam escolas privadas, subsidiadas pelo Estado, em regime de internato e externato.

Segundo Mittler (1995), em 1967 a Public Law (PL) 90-248, "*The Early and Periodic Screening Diagnosis, and Treatment*" (EPSDT), é associada ao Programa "*Medicaid*". Este programa assegurava a todas as crianças, elegíveis, serviços médicos os quais incluíam avaliação, diagnóstico e tratamento. Ao longo dos anos, este programa demonstrou ser muito importante como um programa de recrutamento uma vez que ao sinalizar crianças com deficiências, estas eram abrangidas por uma rede de serviços. Brambring (1966) refere que o "*Medicaid*" enfatizava também a importância da Intervenção Precoce, proporcionando serviços internos e externos, incluindo, fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala para as crianças elegíveis e serviços de aconselhamento e apoio para os pais.

Bailey e Wolery (1992), referem que em 1968 a Public Law (PL) 90-538, prevê a criação do Programa "*Handicapped Children's Early Education Program*" (HCEEP), cujos objectivos visavam o estabelecimento de uma rede de programas de intervenção precoce para crianças com deficiência, com idades compreendidas entre os 0 e os 6 anos, criando-se assim modelos alternativos para o seu atendimento. Neste âmbito foram criados centenas de projectos, alguns dirigidos a crianças com deficiências específicas entre as quais, deficiência visual, síndrome da Down e síndrome fetal alcoólico, variando também o tipo de atendimento nomeadamente, domiciliário, centrados em centros, promovendo a integração de crianças com deficiência nas estruturas pré-escolares, etc. Tais projectos variavam ainda no tocante à amplitude da faixa etária alvo da intervenção.

Em 1970 a Public Law (PL) 91-230, "*The Education of the Handicapped Act*", prevê a atribuição de verbas substanciais aos estados que visassem servir, crianças ou

jovens, em idade pré-escolar e escolar com deficiência. Mais uma vez é notório que não é solicitado aos estados que dêem resposta às crianças com deficiência, de idade inferior a seis anos.

Shonkoff e Meisels (1990), referem que em 1972 a Public Law (PL) 92-424, "*The Economic Opportunity Amendment*", determina que 10% da cobertura dos Programas "*Head Start*" seja reservada a crianças com deficiências. Três anos mais tarde, os mesmos 10% foram estendidos a todos os estados.

Os mesmos autores referem ainda que em 1975 a Public Law (PL) 94-142, designada "*The Education for All Handicapped Children Act*" (EHA), estabelece o direito a uma educação pública e gratuita, para todas as crianças com deficiências, entre os 6 e os 21 anos. Relativamente às crianças entre os 3 e os 5 anos, esta legislação salienta a importância da implementação de programas de Intervenção Precoce, proporcionando alguns incentivos financeiros a atribuir que tinham por base o número de crianças identificado em cada um dos estados.

Desde 1975, o Congresso Americano promulgou três projectos leis e emendas à PL 94-142. O segundo projecto lei designado "*The Individuals with Disabilities Education Act*" (IDEA), de 1986, tem sido considerada "a legislação mais importante promulgada para crianças com problemas de desenvolvimento", (Shonkoff e Meisels, 1990; p.19). Esta legislação contém linhas orientadoras acerca do atendimento de crianças com deficiências, ou em risco de desenvolvimento, com idades compreendidas entre os 0 e os 5 anos de idade, considerando duas modalidades distintas de atendimento. A "*Part H*" proporciona fundos aos estados para planear, desenvolver e implementar programas de Intervenção Precoce, abrangentes, coordenados e multidisciplinares, para crianças desde o nascimento até aos 3 anos de idade. A "*Part B*" obriga ao atendimento das crianças com deficiências dos 3 aos 6 anos de idade, constituindo uma extensão da legislação previamente existente, isto é, a P.L. 94-142. A redacção da "*Part H*" está elaborada por forma a alargar os critérios de elegibilidade, incluindo quer as crianças com deficiências que tradicionalmente eram atendidas, quer as crianças em risco de desenvolvimento.

Outro aspecto que diferencia a "*Part H*" é o seu enfoque de intervenção, ou seja na família.

De acordo com a "*Part H*" a unidade fundamental da intervenção, passa a ser a criança e a família. Para dar corpo a estes princípios, contempla ainda no seu articulado aquilo que Brambring (1996) designou por Plano Individualizado de Serviços para a

Família (PISF), através do qual é dado um papel significativo às famílias quanto à selecção dos serviços que são proporcionados para as crianças elegíveis e para os seus pais e à forma pela qual estes serviços devem ser prestados.

De acordo com o autor, o PISF deve ser desenvolvido por uma equipa multidisciplinar com a participação dos pais como membros do funcionamento da equipa. Este plano deve ainda incluir as metas a atingir para a criança e família, a especificação dos serviços, os recursos e apoios para atingir tais resultados, os critérios e métodos para avaliar a eficácia. O PISF, deve também nomear o coordenador para ajuda à família na procura dos serviços e dos recursos especificados no plano.

Segundo Bairrão (1994), é a PL 99-457 de 1986, que vai proporcionar um suporte legal, organizacional, financeiro e científico que permite generalizar, progressivamente, os Programas de Intervenção Precoce a todas as crianças dos 0 aos 3 anos com uma qualidade e exigências dignas de nota. Segundo o autor esta legislação fundamenta, em grande parte, as práticas actuais dos programas de Intervenção Precoce e a sua importância revela-se por operacionalizar o papel da família, as ligações entre os diferentes serviços (por ex. entre saúde e educação), as transições das crianças através dos serviços e as decisões programáticas ligadas quer à criança quer à família

4 - A Intervenção Precoce e a Educação Especial

4.1- No contexto dos Estados Unidos da América

Uma quarta fonte de inspiração para os programas de Intervenção Precoce, vamos encontrá-la na evolução histórica e conceptual da Educação Especial, nas diferentes sociedades, embora com mais relevo na sociedade americana.

O modo como a sociedade, ao longo dos tempos, foi encarando as pessoas com deficiência está intimamente ligado a factores culturais, sociais e económicos, próprios de cada época. Bastará recordar que as pessoas diferentes foram sempre objecto de tratamento especial. Desde serem consideradas como possuídas pelo demónio na Idade Média ou como produto de transgressões morais no século XVIII, sendo pois tratadas como loucas ou “pecadoras”, foram maltratadas e perseguidas até aos nossos dias.

Primeiro separadas, depois tratadas como doentes “mentais” e internadas, sobretudo nos séculos XVIII e XIX. São, ainda, sujeitas a técnicas eugénicas sobretudo nos E.U.A., mas também em países “civilizados”, como a Suécia. Para já não falar no extermínio de pessoas com atrasos e alterações, durante o período nazi, isto é desde anos 30 a 1945, isto tudo em pleno séc. XX, (Bairrão, 2000)³.

De uma maneira geral, as mudanças que se vão operando ao longo dos tempos, na forma de encarar as pessoas diferentes, decorrem do jogo de factores de ordem política, social, económica, jurídica, científica, humanitária e ética e, as forças geradoras das mudanças, emergem quer de amplos movimentos a nível mundial quer de movimentos mais restritos e circunscritos ao momento histórico vivido por cada país.

É pois, possível encontrar certos padrões comuns na história mais recente do desenvolvimento da educação especial nos diferentes países, variando contudo, o ritmo desse desenvolvimento de país para país. Se, nos seus primórdios, a preocupação fundamental era o atendimento a crianças com deficiências evidentes, com a democratização do ensino e o aumento da escolaridade obrigatória foram, porém, introduzidas em muitos países formas mais amplas de educação especial.

Vejamos, então, os períodos mais marcantes da evolução da organização dos recursos para crianças com deficiência. Para os ilustrar adoptar-se-ão as designações utilizadas por Caldwell (1973), citado por Shonkoff e Meisels (1990), ao descrever as três fases históricas da evolução da mudança nas atitudes e nas práticas da educação especial nos E.U.A.

O primeiro período, intitulado “*Forget and Hide*” (Esquecer e Esconder), situa-se no início do século XX e prolonga a tradição asilar e segregadora do século XIX. Bairrão (1998), refere que nesta época as crianças eram mantidas longe da vista do público, provavelmente pelo facto de as famílias se sentirem mal pela discriminação de que eram alvo.

³ É óbvio que estas perspectivas históricas, conceptuais e legislativas se circunscrevem aos países ditos industrializados da Europa, América, África ou Ásia. Mas sobretudo nestes dois últimos continentes, a nossa ignorância sobre estes temas é monumental, (Bairrão, 2000).

Um segundo período, designado "*Screen and Segregate*" (Diagnosticar e Segregar), vamos encontrá-lo já nos anos 50 e 60, apogeu das técnicas psicométricas e do modelo diagnóstico que conduz sobretudo, à preocupação em classificar e diagnosticar em vez de educar. Neste período, em que vigorava a concepção da deficiência como doença, as crianças eram classificadas através de diagnósticos complexos para serem posteriormente segregadas em recursos educativos e terapêuticos especiais. A integração das pessoas com deficiência na escola e na sociedade era, então, muito difícil. A comunidade científica acreditava que prestava um melhor serviço às crianças educando-as conjuntamente com outras crianças com deficiência, protegendo-as, assim, das normais e vice-versa. O ensino especial tinha, assim, como premissa básica que as crianças com deficiência eram diferentes, dependentes, necessitando de protecção e que, por essa razão, deviam ser ensinadas em lugares diferentes do comum e com métodos especiais.

Pereira (1996), refere que nesta época, a tónica era colocada no atendimento de crianças com deficiências específicas, dependendo o atendimento de um processo de avaliação que levava à categorização de acordo com o atendimento de deficiência diagnosticada. A educação especial passou, então, a ser um mundo à parte, resolvendo em si as necessidades de uma pequena faixa da população considerada deficiente. Os profissionais de educação especial pouco contacto tinham com os restantes profissionais de educação, o que os votou, por isso, a uma situação virada para o isolamento.

Um terceiro período, designado "*Identify and Help*" (Identificar e Ajudar), com início nos anos 70. Este último período é marcado por um esforço na detecção precoce da criança com necessidades educativas especiais e na tentativa de proporcionar serviços de intervenção numa idade tão precoce quanto possível, com o objectivo de minorar as consequências da condição da deficiência, prevenir a ocorrência de perturbações mais graves, apoiar a família e a criança com deficiência e aumentar as oportunidades de todas as crianças poderem crescer no seu pleno potencial, num contexto regular de educação.

4.2. A Intervenção Precoce/ Educação Especial na Suécia

Segundo Björck-Akesson (1997) na Suécia nascem, por ano, 1500 crianças com necessidades educativas especiais.

Comparativamente com que se passa a nível internacional, a autora refere que a Intervenção Precoce para crianças com necessidades educativas especiais, se encontra relativamente bem organizada, atingindo um nível de alta qualidade.

Na Suécia as crianças com necessidades educativas especiais crescem quase exclusivamente no contexto familiar. A percentagem destas crianças, com idade inferior a 16 anos, que crescem em instituições é inferior a 1%.

O sistema de segurança social existente, garante que um dos pais possa permanecer em casa com o seu filho durante o primeiro ano de vida tendo direito a receber 75% do seu salário. Por sua vez, a regulamentação do serviço social menciona que todas as crianças e famílias têm os mesmos direitos a usufruir dos serviços. Esta regulamentação, que coloca como primeiros responsáveis os municípios, baseia-se nos conceitos de igualdade, solidariedade, segurança e democracia.

Posteriormente, em 1994, uma nova regulamentação no que diz respeito ao apoio e aos serviços a prestar às crianças com necessidades educativas especiais, foi promulgada. Estamos a referir-nos à legislação designada *The Act for Services and Support for Persons With Disabilities*.

Um outro factor que tem estado na base da mudança do enfoque da Intervenção Precoce, que nos últimos anos se tem vindo a assistir na Suécia, são mudanças verificadas no enquadramento conceptual.

Assim, de uma intervenção centrada exclusivamente na criança, assiste-se, presentemente, a um modelo centrado na criança e na família.

Por outro lado, o facto de se verificar um desapontamento em relação ao modelo de Intervenção Precoce tradicional, foi também um dos factores que contribuiu para as mudanças que presentemente, se verificam na Intervenção Precoce. A autora designa este modelo por *habilitation-model* (modelo de habilitação).

A habilitação⁴ tem sido desde algum tempo baseada na perspectiva da criança e da família como uma unidade. Contudo, habilitação orientada para a família é um novo conceito de preferência na Suécia.

Tendo em vista o aperfeiçoamento do modelo de intervenção centrado na família a autora refere, que paralelamente, outras mudanças têm de ocorrer nomeadamente, na forma como os serviços de Intervenção Precoce se encontram organizados.

Organização de um Serviço de Intervenção Precoce para crianças e suas famílias.

Inicialmente a criança é referenciada para um centro habilitado por uma clínica de saúde de crianças. No período de uma semana, um dos profissionais assume-se como coordenador do serviço, sendo o responsável pelos contactos entre a família e a equipa. O meio mais frequentemente utilizado para marcar o primeiro encontro é o telefone e por vezes, a carta. A família é informada acerca do conteúdo da sinalização sendo-lhe perguntado para acrescentar ou fazer correcções à sinalização já feita.

Seguidamente é solicitada autorização à família para os profissionais obterem informações de outros serviços, nomeadamente, do hospital. Por fim, é perguntado aos membros da família, qual o local, em casa ou no centro, onde eles gostariam de se encontrar com o coordenador do serviço. Neste encontro, os membros da família são questionados acerca das suas expectativas relativamente aos serviços, sendo-lhes distribuído a *Family Needs Survey*⁵ na forma de questionário ou como entrevista semi estruturada, após o qual todas as necessidades da criança são discutidas.

No espaço de três semanas após a realização do primeiro encontro, a criança e a família são encaminhados para uma equipa interdisciplinar pelo coordenador do serviço. A equipa analisa as expectativas da família que são apresentadas juntamente com a informação acerca das necessidades da criança e da família. Finalmente as decisões são tomadas acerca de quais os membros da equipa que deverão apoiar os pais, tendo em

⁴ O conceito "habilitação", tem origem na palavra latina *habile*, que significa "ser competente", cit. por Bjorck-Akesson, (1997). *Changing Perspectives in Early Intervention for Children With Disabilities in Sweden*. In *Young Children*, 9 (3); pp. 56-68.

⁵ *Family Needs Survey* (Bailey e Simeonsson, 1990), é um instrumento que pretende avaliar características, necessidades e prioridades para a criança e família.

vista as suas necessidades e expectativas iniciais. Dentro de seis semanas, após a realização do encontro com a equipa, inicia-se o processo de avaliação e de intervenção.

As metas, objectivos e outros aspectos do serviço prestado, são avaliados e priorizados em colaboração com a família, pelo menos todos os seis meses.

Os pais são vistos como fazendo parte da equipa, sendo-lhes atribuído o controlo de todo o processo de intervenção.

Apesar das mudanças que têm vindo a ocorrer no modelo de Intervenção Precoce na Suécia e às quais nos referimos sucintamente, Björck-Akesson (1997), refere a necessidade destas mudanças serem complementadas por outras, nomeadamente, melhorar a formação dos profissionais de Intervenção Precoce, de forma a estes adquirirem conhecimentos e competências necessárias à implementação de um modelo de intervenção centrado na família.

5 - A Avaliação da Eficácia dos Programas de Intervenção Precoce

A avaliação dos Programas de Intervenção Precoce constitui um tema de debate e controvérsia desde que os mesmos apareceram. De facto o grande investimento que nos E.U.A. se fez neste tipo de programas, levou a que os sucessivos governos impusessem a sua avaliação cuidada com base na qual os programas foram sofrendo sucessivas transformações.

As primeiras tentativas de avaliação do impacto da Intervenção Precoce surgem a partir dos anos 60 nos programas *Head Start*, cujos resultados foram exaustivamente avaliados, nos EUA, durante toda a década de 70, (Pimentel, 1997) e que já nós referimos com detalhe num dos pontos deste estudo.

Surgem posteriormente programas de Intervenção Precoce para crianças com deficiência ou em risco que conhecem uma rápida expansão, reconhecendo-se que as crianças com deficiência devem ter iguais oportunidades para desenvolver ao máximo o seu potencial. Gostaríamos de salientar o Programa Portage para pais (Shearer, 1972), que surge em 1969 na Universidade de Wisconsin, EUA, para dar resposta às exigências da nova legislação americana em matéria de Educação Especial. Este programa, de

carácter domiciliário, é difundido durante os anos 70 e após uma fase experimental, nos EUA e no Canadá bem como em vários países da América do Sul, da Ásia e da Europa. Em 1976, estabelece-se o primeiro serviço Portage no Reino Unido (Shearer, 1993) e em 1985 em Portugal. O programa Portage para Pais foi o primeiro programa de Intervenção Precoce bem estruturado, com fundamentação teórica, que pode considerar-se o protótipo de um programa de Intervenção Precoce da “primeira geração”. No entanto, o modelo Portage foi acompanhando a evolução da Intervenção Precoce aproximando-se hoje das bases conceptuais dos programas da “segunda geração”.

Se os programas de Intervenção Precoce para crianças em desvantagem não foram fáceis de avaliar, a avaliação de programas de Intervenção Precoce para crianças com deficiência ou em risco, é de extrema complexidade. Almeida (1977), cita Simeonsson e Bailey (1991), que alertam para as dificuldades de aplicação de uma metodologia experimental na avaliação da eficácia dos programas de Intervenção Precoce, quer por razões de ordem prática, quer por razões de ordem ética e referem que de um modo geral, estas dificuldades residem em aspectos específicos tais como:

- A fragilidade metodológica na intervenção concretizada, nomeadamente pela inexistência de grupos controle, uso limitado de medidas na avaliação dos resultados, ausência de análise estatística que permita avaliar os verdadeiros efeitos dos programas (Hauser-Cram, e Krauss, 1991; Simeonsson e Bailey, 1991);
- Descrições pouco precisas acerca das características dos programas, nomeadamente no que diz respeito à sua duração, intensidade e contexto de intervenção (domiciliário ou baseado no centro); bem como dos suportes conceptuais subjacentes e das características do envolvimento das famílias (Guralnick, 1991);
- Diversidade das crianças e famílias envolvidas, nomeadamente, no que diz respeito à idade da criança quando iniciou o programa, características particulares de cada criança tais como o tipo de deficiência, critérios na elegibilidade, aspectos comportamentais e temperamentais, aspectos familiares específicos como o nível socioeconómico, recursos em termos de apoio social, etc., (Guralnick, 1991).

Apesar destas dificuldades alguns estudos foram conduzidos com o objectivo de avaliar a eficácia dos programas de Intervenção Precoce implementados.

5.1- As Investigações da “Primeira Geração”

Guralnick (1993), refere que na investigação da “primeira geração” dos programas de Intervenção Precoce, os investigadores interessados na avaliação da sua eficácia, deram maior ênfase à avaliação das mudanças de comportamento ocorridas na criança e avaliadas objectivamente, nomeadamente, em termos de competências cognitivas adquiridas pelas crianças. Importava sobretudo analisar os ganhos no “Q.I.”.

Almeida (1999), citando Carta e Greenwood (1985) refere que, posteriormente, reconhecendo-se que esse indicador não deveria ser o único a ser considerado, outras medidas começaram a ser utilizadas, nomeadamente, o aumento da competência social, adequação comportamental e valores /atitudes, continuando no entanto, a criança a ser o único alvo da avaliação dos efeitos do programa. Tal facto é compreensível se considerarmos que os programas de Intervenção Precoce desenvolvidos nos primeiros anos se centravam na criança. Muito embora tivesse já sido demonstrada a importância do envolvimento parental na manutenção, a médio e a longo prazo, dos efeitos dos programas, apenas uma percentagem mínima de estudos de avaliação se debruçaram sobre as mudanças no comportamento e atitudes dos pais.

Face à limitação destes estudos de avaliação, Carta e Greenwood (1985) propõem um modelo de avaliação Eco- Comportamental, baseado na observação sistemática das interações que ocorrem entre a criança e o técnico de intervenção, a partir do qual se tornaria possível obter descrições molares e moleculares acerca dos programas bem como ainda, análises de processo e produto considerados por estes autores como de grande importância na avaliação da eficácia dos programas de Intervenção Precoce. No entanto, os modelos continuavam exclusivamente centrados na criança.

Numa outra perspectiva Casto e Mastropieri (1986), utilizando a meta-análise como metodologia de investigação analisaram 74 estudos sobre a avaliação de programas de Intervenção Precoce para crianças com deficiência e crianças em desvantagem social tendo concluído que a eficácia está directamente dependente de quatro variáveis, designadamente: o envolvimento dos pais no programa; idade de início do programa; grau de estruturação do currículo e duração/intensidade do programa. De

uma forma global os estudos apontavam para um rápido declínio dos efeitos do programa, já que os seus resultados eram, como já referimos anteriormente, avaliados em termos de aumento das competências cognitivas da criança.

Por sua vez Shonkoff e Hauser-Cram (1987), consideraram o mesmo grupo de programas analisados por Casto e Mastropieri (1986), mas focaram a sua análise nos programas dirigidos às crianças até aos três anos, demonstrando conclusões diferentes dos seus antecessores. Segundo Guralnick (1991), esta análise permitiu revelar um impacto particularmente positivo dos programas de Intervenção Precoce se as crianças fossem abrangidas antes dos 6 meses e demonstraram também, uma relação positiva entre o envolvimento dos pais e os resultados no desenvolvimento destas crianças.

Segundo o mesmo autor, as crianças com problemas ou incapacidades que foram alvo de uma intervenção precoce e contínua e que em virtude dessa intervenção não agravaram os seus défices, parecia pois ser a demonstração mais evidente da eficácia dos programas de Intervenção Precoce. Este facto foi também confirmado por Palmer, Shapiro et al. (1988) em programas de Intervenção Precoce dirigidos a crianças com paralisia cerebral e a crianças em risco biológico.

Segundo Guralnick (1991), a prevenção do declínio no desenvolvimento durante os primeiros anos de vida parece pois ser uma consequência do impacto de uma intervenção iniciada precocemente, na medida em que esta transmite às famílias determinados sentimentos de competência que têm reflexos na qualidade de estimulação que estas famílias podem proporcionar aos seus filhos, contribuindo ainda para a construção de relações pais-filhos mais positivas.

Guralnick (1991), refere ainda os trabalhos de White (1990) realizados no âmbito do *Early Intervention Institute*, que se basearam em estudos longitudinais metodologicamente mais consistentes. Basicamente, as conclusões de White apontam para a existência de diferenças pouco significativas ou mesmo inexistentes em função da idade de início da intervenção, avaliadas através de uma diversidade de medidas, focando a criança e a família. Simultaneamente, estes trabalhos revelaram ainda que um envolvimento da família, dentro de uma perspectiva tradicional de uma intervenção não centrada na família, tinham pouco impacto ao nível do desenvolvimento da criança.

O enfoque dos esforços da Intervenção Precoce alterou-se significativamente a partir dos anos 80. Assim, de uma atenção quase exclusiva aos modelos centrados na criança, evolui-se posteriormente, para modelos que consideram o contexto alargado de factores que influenciam o desenvolvimento em muitos aspectos (Crnic e Stormshak, 1997). A emergência de modelos ecológicos para uma melhor compreensão dos processos desenvolvimentais e a promulgação da P.L. 99-457 são os principais responsáveis por esta mudança de paradigma que marca a diferença entre as duas gerações de programas em Intervenção Precoce.

Partindo deste enquadramento a “primeira geração” de investigações em Intervenção Precoce, conduzidas anteriormente à aprovação da P.L. 99-457 de 1986, caracterizou-se sobretudo por colocar a questão global de saber até que ponto os programas de Intervenção Precoce eram ou não eficazes. Segundo Guralnick (1997) a resposta a esta questão demonstrou a eficácia geral dos programas de Intervenção Precoce tanto para crianças em risco como para crianças com deficiência e forneceu ainda pistas para o desenvolvimento e avaliação de novos sistemas de prestação de serviços, currículos e técnicas terapêuticas mais evoluídas.

A evolução conceptual das duas últimas décadas no que diz respeito aos objectivos da Intervenção Precoce, colocando a família no centro dessa mesma intervenção, não poderia deixar de ter efeitos nas estratégias de avaliação de programas de Intervenção Precoce.

Já em 1985, Meisels referia que a questão principal não era saber se os programas de Intervenção Precoce eram ou não eficazes, mas sim compreender a forma como actuavam nas “pessoas” que deles beneficiavam salientando ainda a importância de ser clarificado o modelo teórico de desenvolvimento da criança.

5.2 - As Investigações da “Segunda Geração”

Segundo Guralnick (1997), a preocupação central das investigações na “segunda geração” no campo da Intervenção Precoce, requer um longo e complexo processo de análise sobre quais as intervenções com melhores resultados, para quem, em que condições e com que objectivos. A agenda para as investigações da “segunda geração” no campo da Intervenção Precoce deverá adequadamente reflectir as complexidades e inter-relações que existem entre as características da criança e da família, as características dos programas e os resultados da Intervenção Precoce e procurar identificar questões que direccionem os programas para níveis que acrescentem valor às actividades diárias dos profissionais e das famílias envolvidas.

5.3 - A Caracterização dos Programas de Intervenção Precoce

A literatura acerca das investigações da “primeira geração” contribuiu muito pouco para os detalhes no desenho e na implementação dos Programas de Intervenção Precoce. As questões mais importantes que actualmente recebem maior atenção são: a selecção do currículo, a rapidez e intensidade com que os serviços se devem iniciar, o modo como as famílias devem ser implicadas e em que medida os sistemas de apoio social contribuem também para os resultados desenvolvimentais.

Assim, a principal tarefa de investigação na “segunda geração” de programas é a de identificar as características específicas dos programas que se encontram associados a resultados óptimos para as crianças e suas famílias. Esta questão da especificidade é da máxima importância para direccionar as práticas, fornecer um enquadramento para a investigação com abordagens inovadoras e para perceber os mecanismos através dos quais as intervenções operam.

Zigler (1990) reforça esta perspectiva ao afirmar que não existe ainda consenso sobre quais os processos mediadores dos benefícios a longo termo dos programas de Intervenção Precoce. Segundo este autor as vantagens de um programa de intervenção não são evidentes da mesma forma para todos os participantes, pelo que se torna necessário identificar factores que determinam que haja benefícios para uns e não para outros.

Guralnick (1997) refere que a emergência dos programas de Intervenção Precoce contemporâneos trouxe consigo o seguinte conjunto de princípios e valores que começam a ganhar consenso nesta área:

- A maioria dos profissionais, pais e decisores políticos está de acordo quanto à responsabilidade que compete à sociedade em prestar serviços de Intervenção Precoce a crianças com deficiências estabelecidas ou cujo desenvolvimento pode ser comprometido por factores biológicos ou ambientais.
- Os primeiros anos de vida constituem uma oportunidade única para influenciar o desenvolvimento da criança e dar apoio às famílias, podendo esta oportunidade maximizar benefícios a longo prazo para todos os envolvidos.
- Há uma forte tónica numa filosofia preventiva na qual o objectivo da intervenção é prevenir ou minimizar problemas desenvolvimentais para crianças em risco devido a factores biológicos ou ambientais.
- Esta filosofia preventiva abrange as crianças com deficiências estabelecidas dado que as intervenções procuram minimizar problemas associados que possam comprometer o desenvolvimento.

Parece também existir consenso no que diz respeito aos princípios gerais que guiam os programas de Intervenção Precoce. Aceita-se hoje que os programas de Intervenção Precoce com sucesso devem centrar-se nas necessidades das famílias, basear-se nas comunidades locais, integrar eficazmente os contributos de múltiplas disciplinas e ter a capacidade de coordenar e planear apoios e serviços numa perspectiva sistémica.

Algumas das características dos programas incluídas nestes princípios gerais são questões específicas da prática tais como: adequação desenvolvimental, duração e intensidade dos serviços e apoios bem como abordagens curriculares específicas.

Há, no entanto, muitas questões críticas relacionadas com os princípios e práticas em Intervenção Precoce que continuam sem resposta, sobretudo no que diz respeito à identificação e selecção das características dos programas que constituam intervenções eficazes por melhor se enquadrarem nas características das crianças e famílias de forma a potenciarem resultados desenvolvimentais óptimos.

Pimentel (1997), refere que apesar da rápida expansão que os programas de Intervenção Precoce tiveram em alguns países, não há consenso acerca das características a que devem obedecer, sendo portanto marcados por diferenças, por vezes significativas, quanto às suas práticas, tipo de utentes, currículos, modelos a que deve obedecer a formação dos técnicos, envolvimento dos pais, avaliação, etc.

Características da Criança e da Família

Guralnick (1997) apresenta-nos um modelo conceptual para o desenvolvimento da criança, que fundamentou as investigações da segunda geração sobre a avaliação dos programas de Intervenção Precoce. Este modelo conceptual para o desenvolvimento da criança, relaciona as características da família, com padrões familiares, nomeadamente a qualidade das interacções pais-crianças, experiências da criança, cuidados de saúde e de segurança proporcionada pela sua família. Neste modelo, são ainda analisados os efeitos que os factores *stressantes* associados ao facto da existência de uma criança com deficiência, ou em risco, têm nos padrões familiares.

Paralelamente, o mesmo autor propõe um modelo para os programas de Intervenção Precoce que tem em conta o modelo desenvolvimental e os factores de *stress*. As três componentes desse modelo são as seguintes:

- Apoio da família a nível de recursos tais como, conhecimento e acesso a serviços coordenados, apoios a nível financeiro e de transporte;
- Apoio social da família, através de grupos de pais, aconselhamento familiar, e estabelecimento de redes informais de apoio;
- Informação e serviços para a família, disponibilizada sobre programas formais de Intervenção Precoce, concretizados a nível domiciliário ou em centros especializados, estabelecimento de relações pais-profissionais e terapias individuais.

Nos trabalhos relativos à avaliação de programas de Intervenção Precoce publicados na década de 90 a avaliação da percepção que os pais têm dos serviços de Intervenção Precoce bem como a sua satisfação relativamente às práticas desenvolvidas, são componentes essenciais do processo de avaliação da eficácia de um programa de Intervenção Precoce.

Como tal vários estudos têm vindo a ser publicados tendo em conta as componentes atrás referenciadas.

McNaughton (1994), realizou uma revisão de artigos publicados entre, Janeiro de 1986 e Dezembro de 1992 que incluíssem, como variável dependente, uma medida específica de satisfação parental relativa a programas de Intervenção Precoce, tendo encontrado 14 artigos. Esta situação contrasta claramente com o que se passava dez anos antes, quando Marfo e Kysella (1985), citados pelo mesmo autor, procederam à revisão de vinte trabalhos de investigação sobre os programas de Intervenção Precoce, publicados entre 1975 e 1983 e em que apenas dois incluíam uma medida de satisfação parental.

Citando vários autores, McNaughton (1994), refere quatro razões fundamentais para que a avaliação da satisfação parental seja considerada uma medida essencial:

- Os pais são os principais responsáveis pela criança, pelo que as suas decisões
- no que se refere ao sucesso/insucesso do programa são de primordial importância;
- A informação sobre a satisfação/insatisfação parental é essencial para desenvolver serviços de melhor qualidade e prevenir a rejeição do programa;
- A inclusão dos pais nas tomadas de decisão subsequentes a uma avaliação pode aumentar consideravelmente a sua participação no programa;
- Os dados acerca da satisfação do pais podem ser utilizados para influenciar as autoridades da utilidade dos programas de Intervenção Precoce.

Judge (1997) considera igualmente fundamental, na avaliação da eficácia dos programas de Intervenção Precoce, avaliar também a percepção que os técnicos têm da importância do trabalho com as famílias, relações que estes estabelecem com os pais, bem como ainda as práticas de ajuda que desenvolveram. O autor concluiu que existe uma relação muito forte entre o tipo de práticas desenvolvidas pelos técnicos e os sentimentos de auto eficácia e de controlo pessoal dos pais, provando-se assim que os efeitos dos programas nas famílias estão estreitamente dependentes dos estilos de ajuda, isto é, da forma como os técnicos são capazes de envolver activamente as famílias, quer na compreensão das necessidades dos seus filhos, quer no desenvolvimento de competências para lhes responder adequadamente.

Relativamente a estudos realizados em Portugal sobre a avaliação de programas de Intervenção Precoce, há apenas a salientar as reflexões teóricas produzidas por Leitão (1989) e as de Almeida (1997b). Para além destes trabalhos, conhecemos apenas dois trabalhos de carácter empírico publicados. O Estudo Avaliativo da Implementação do Programa Portage em Portugal (Almeida, Felgueiras e Pimentel, 1997) e a Dissertação de Mestrado de Elisa Veiga (1995).

O primeiro destes trabalhos pretendeu fazer uma avaliação dos projectos de Intervenção Precoce implementados entre 1985 e 1989 pela então Direcção de Serviços de Observação e Intervenção Psicológica. A avaliação foi conduzida de modo a tirar conclusões sobre :

- Impacto do programa nas crianças e avaliação dos seus progressos;
- Impacto do programa nos pais e avaliação do grau de satisfação e envolvimento das famílias;
- Impacto da criança nos técnicos, avaliando o grau de adesão e motivação dos técnicos envolvidos no projecto experimental;
- Impacto do programa na organização e gestão de recursos, avaliando o grau de eficácia e de colaboração interserviços.

O segundo trabalho, incidiu na avaliação de 13 Programas de Intervenção Precoce da Zona Norte. Utilizando a Escala de Avaliação de Programas de Intervenção Precoce (Mitchell, 1991), Veiga (1995) fez fundamentalmente uma avaliação dos objectivos e características dos programas. As conclusões mais relevantes são as seguintes:

- A abordagem centrada na criança caracteriza a maior parte dos programas;
- Embora se valorizem aspectos relacionados com o currículo, este parece ser limitado à fase de avaliação, não existindo sistematicamente continuidade na planificação dos objectivos e na sua avaliação;
- A participação dos pais limita-se, á fase inicial da avaliação, para fornecer aos técnicos algumas informações relativas aos filhos;
- As estratégias de aconselhamento e apoio à família são pouco reflectidas, revelando um protagonismo dos técnicos e estimulando uma relação de dependência;
- Nenhum dos técnicos envolvidos recebeu formação específica na área de Intervenção Precoce. Apenas alguns deles receberam alguma formação em

serviço mas nenhuma formação de base e não referem a existência de supervisão;

- A avaliação do impacto dos programas de Intervenção Precoce não é preocupação para nenhum dos programas estudados.

Guralnick (1997) refere que após 30 anos de pesquisa, a década 90 é marcada por três compromissos importantes, no que se refere à avaliação de programas de Intervenção Precoce. O primeiro diz respeito à concretização de programas de Intervenção Precoce abrangentes, coordenados, preconizando uma intervenção centrada na família, visando crianças em risco ou com deficiência e respectivas famílias; o segundo refere-se à natureza preventiva que os programas de Intervenção Precoce representam para as crianças em risco biológico ou ambiental e o terceiro diz respeito às expectativas que as famílias têm sobre os serviços de Intervenção Precoce bem como ainda a sua satisfação acerca dos mesmos. Subjacente a estes três compromissos, é reforçado o pressuposto de que os programas de Intervenção Precoce devem originar mudanças positivas e com significado nas vidas das crianças alvo desta intervenção bem como de suas famílias.

Das perspectivas e investigações abordadas, acerca da eficácia dos programas de Intervenção Precoce, é importante referir o seu impacto para a organização dos Serviços de Intervenção Precoce, não só no que se refere ao papel dos pais na educação dos filhos, mas também na natureza dos programas que progressivamente foram evoluindo para uma abordagem ecológica, como iremos abordar no capítulo seguinte.

**Capítulo II – Perspectiva Transaccional e Ecológica do
Desenvolvimento da Criança e sua Importância para a
Intervenção Precoce**

1 - Abordagem Transaccional/ Ecológica da Intervenção

Tradicionalmente os programas de Intervenção Precoce baseavam-se em modelos do desenvolvimento, a partir dos quais se assumia que as crianças, uma vez identificadas como tendo uma infância pobre em estimulação poderiam ter problemas de desenvolvimento.

O Programa *Head-Start*, como já anteriormente mencionamos, foi concebido inicialmente para desenvolver competências sociais e de aprendizagem das crianças em idade pré-escolar, com uma abordagem eminentemente pragmática, partindo do pressuposto que a estimulação teria efeitos positivos na sua vida futura.

Inicialmente verificou-se um certo optimismo considerando que a intervenção teria resultados duradouros. Mais tarde, este optimismo foi diminuindo após os estudos efectuados sobre a eficácia desses programas.

Clifford (1990), citando dados apresentados pelo *Westinghouse Learning Corporation* (1969), relativos aos resultados das primeiras investigações efectuadas na década de 60, sobre a eficácia dos Programas *Head-Start*, diz-nos que as crianças que frequentaram os referidos programas revelaram ganhos embora tais ganhos tivessem tendência a diminuir ou mesmo a desaparecer ao longo do tempo.

Posteriormente, através de estudos longitudinais foi-se mais longe na compreensão dos resultados do Programa *Head-Start* e de outros programas de intervenção.

Segundo o mesmo autor, uma segunda análise dos dados, apresentados por Lazar, Darlington, Murray, Royce e Snipper (1982), no âmbito do *Consortium for Longitudinal Studies* revelou que em virtude desses programas, um menor número de crianças ficou retido no sistema escolar, um menor número de entre elas procurou estruturas de ensino especial, muitos alunos revelaram um elevado grau de realização na escola e finalmente esses alunos apresentavam maior probabilidades de atingirem o ensino superior.

Paralelamente realizaram-se outros estudos, envolvendo diversos tipos de crianças, entre as quais as crianças com risco biológico.

Simeonsson (1991), considera como factores de risco biológico as características intrínsecas da criança, as quais incluem a prematuridade, o baixo peso à nascença e outras complicações surgidas durante o período da gravidez ou do parto.

Considerava-se assim que as crianças, identificadas precocemente como apresentando situações de risco, não viriam a apresentar posteriormente problemas, pondo em causa a ideia de continuidade e linearidade nos processos de desenvolvimento se, entretanto, se tomassem medidas terapêuticas ou educativas. A importância da continuidade dessas medidas é salientada por este autor que reforça a necessidade de se manterem boas condições ao longo da vida com vista a um impacto no futuro. A este propósito citamos Zigler (1990) que nos diz: "Não existem períodos mágicos na vida de uma criança. Todos os períodos e cada um deles tem uma importância mágica", (p.85).

Os estudos longitudinais mostraram que a maior parte das crianças que apresentavam problemas nas primeiras idades e que beneficiaram de apoio recorrente, não vieram a apresentar problemas ulteriormente quer de ordem intelectual quer social, (Sameroff e Fiese, 1990). A análise destes resultados mostrou que certas características precoces da criança, tinham sido "anuladas" por factores do contexto ambiental, concluindo-se que o nível de competências da criança, em qualquer momento do seu desenvolvimento não se encontra relacionado directa e linearmente com a sua futura realização. Os mesmos autores referem ainda que uma outra implicação decorrente desta análise tem a ver com o facto de que qualquer tentativa para efectuar um prognóstico definitivo sobre o desenvolvimento posterior da criança, deve ter sempre como referencial os efeitos do meio envolvente social e familiar pois estes podem actuar como facilitadores ou inibidores do desenvolvimento da criança .

Os estudos efectuados sobre a eficácia dos programas de Intervenção Precoce, como foi referenciado no capítulo anterior, revelaram que o êxito destes, era tanto mais positivo, quanto as mudanças ou transformações não se centrassem apenas na criança. Sameroff e Fiese (1990) referem ser necessário e fundamental que ocorram também mudanças no meio ambiente para permitir o aumento das competências nas crianças.

Estes investigadores acrescentam ainda que as competências cognitivas e sócio-emocionais estão em estreita conexão com as variáveis ambientais, variáveis estas que não incluem apenas as que se encontram próximo da criança, como por exemplo a interacção mãe-criança, mas também as variáveis intermédias, como a saúde mental da

mãe e finalmente as variáveis mais afastadas, como por exemplo os recursos financeiros da família.

Leitão (1994) refere que, na década de 70 se assiste a “uma forte reconceptualização da criança, reconceptualização que assenta no reconhecimento de que os determinantes básicos dos comportamentos têm a sua origem em mecanismos dinâmicos, transaccionais, onde a criança e envolvimento se influenciam mútua e reciprocamente”, (p.14).

O modelo transaccional do desenvolvimento, formulado por Sameroff e Fiese (1975) a partir de investigações sobre as competências do recém-nascido, e estudos ligados ao *attachement*, no decorrer de anos 60, teve um papel importante na promoção do envolvimento familiar na Intervenção Precoce. Os mesmos autores explicam o desenvolvimento da criança como “um processo dinâmico no qual existe uma transacção necessária e contínua entre determinado organismo e o seu ambiente, não podendo o comportamento ser interpretado fora do contexto”, (p.123).

A característica inovadora deste modelo de desenvolvimento é o de realçar que os resultados ao nível do desenvolvimento não são apenas função do indivíduo ou do contexto onde este se encontra, mas neste modelo dá-se uma ênfase idêntica tanto à criança como ao ambiente. O modelo transaccional, contrariamente aos modelos que salientam a influência unidireccional, perspectiva o desenvolvimento como resultante das transacções mútuas entre a criança e o seu meio social, em que as características específicas do contexto e a sua dinâmica de funcionamento constituem um “sistema social em miniatura” que interage com a criança.

A este propósito Krauss e Jacobs (1990), citando Sameroff e Chandler (1975) referem que “enquanto anteriormente o desenvolvimento precoce era visto como relativamente estável, prognosticável e explicado por dons naturais, agora é considerado como uma complexa negociação entre capacidades inatas e influências externas”, (p.304).

Tal como o genótipo numa organização biológica que regula o desenvolvimento físico de cada indivíduo, Sameroff e Fiese (1990) sublinham a importância da organização social que tem como função regular a forma como o ser humano se adapta

à sociedade em que está inserido, introduzindo assim o conceito de *environtype*⁶. Este é entendido como um conjunto de variáveis situadas no contexto ambiental da criança que incluem os códigos cultural, familiar e individual dos pais. Estes códigos culturais de socialização, funcionam como reguladores do desenvolvimento da criança e visam promover a sua adaptação a um determinado ambiente social. Tais códigos são extensíveis a outros agentes de comunidade, mediadores dos comportamentos.

O modelo transaccional insere-se, assim, numa perspectiva ecológica do desenvolvimento que tem também em conta certos conceitos de Bronfenbrenner, que apresentamos em seguida.

O esquema conceptual defendido por Bronfenbrenner (1979) acerca do desenvolvimento é definido como **Ecologia do Desenvolvimento Humano**. Tal perspectiva implica o estudo científico da acomodação progressiva e mútua entre um ser humano activo em crescimento e as propriedades em mudança dos cenários imediatos que envolvem a pessoa em desenvolvimento na medida em que esse processo é afectado pelas relações entre cenários e pelos contextos mais vastos em que estes cenários estão inseridos.

Desta definição podemos destacar três grandes aspectos:

- Em primeiro lugar, a pessoa em desenvolvimento não é encarada como uma “tábua rasa” mas antes como uma entidade dinâmica em crescimento que progressivamente se move reestruturando o meio no qual se insere.
- Em segundo lugar, a interacção entre o indivíduo e o meio é vista como bidireccional, isto é, caracterizada pela reciprocidade.
- Por outro lado, o ambiente relevante para os processos desenvolvimentais incorpora as interconexões entre os cenários imediatos bem como as influências externas dos contextos mais alargados.

Em 1989, à definição inicial, Bronfenbrenner acrescenta a frase “ao longo do curso da vida”, dando um carácter cronossistémico ao seu modelo.

Uma das características mais relevantes da teoria ecológica do desenvolvimento humano é a sua nova concepção de desenvolvimento. Bronfenbrenner (1979), ao invés

⁶ Mesótipo ou Ambientótipo são propostas de tradução para “environtype”.

de se basear nos processos psicológicos tradicionais, coloca o ênfase nos conteúdos do desenvolvimento ou seja, como é percebido, desejado, temido, pensado ou adquirido como conhecimento, referindo também que a natureza do material psicológico se altera em função da exposição da pessoa ao ambiente e à interacção com ele estabelecida. Como tal, o **desenvolvimento** é definido como uma concepção da pessoa em evolução no seu ambiente ecológico e que tem a capacidade crescente de descobrir, manter ou alterar as suas propriedades. Bronfenbrenner (1979) refere ainda a influência da teoria de Lewin no seu pensamento sobretudo no que diz respeito à interconexão e isomorfismo entre a estrutura da pessoa e a situação. Também a influência de Piaget é evidente em Bronfenbrenner, na medida que na teoria de Piaget se dá relevo à forma progressiva como o ambiente se expande na consciência da criança e como essa se envolve com o ambiente físico.

Em 1989, Bronfenbrenner refere que se torna necessário enfatizar o papel explícito e poderoso do organismo humano no seu próprio desenvolvimento. Assim expande a fórmula clássica de Lewin de 1935, $B = f(PE)$ “O comportamento é uma função conjunta da pessoa e do ambiente”, para $D = f(PE)$ “O desenvolvimento é uma função conjunta da pessoa e do ambiente”, (Bronfenbrenner, 1989).

A distinção-chave entre comportamento e desenvolvimento relaciona-se com o facto de este último implicar um parâmetro que não se encontrava presente na equação original de Lewin e que é a dimensão *tempo*.

Pode dizer-se, então que neste modelo o desenvolvimento é definido como um conjunto de processos através dos quais as propriedades da pessoa e do meio ambiente interagem para produzir estabilidade e mudança nas características da pessoa ao longo do curso da vida.

Também Bronfenbrenner (1979) sugere que os diversos contextos ou sistemas ecológicos onde o indivíduo se desenvolve estão inseridos uns nos outros. Segundo Garbarino (1990), estes sistemas são interdependentes e a natureza dessa interdependência é dinâmica, isto é, uma simples acção num sistema repercute-se noutros níveis do sistema e até noutros sistemas, produzindo-se assim mudanças inesperadas. Por outras palavras, o impacto de um acontecimento em quaisquer dos níveis deve-se às transacções recíprocas permanentes que acontecem entre os sistemas, (Sameroff e Chandler, 1975).

Neste sentido Bronfenbrenner (1979) conceptualiza o modelo ecológico numa hierarquia de sistemas, com quatro níveis gradualmente mais abrangentes:

Microsistema - Refere-se a um conjunto de actividades, papéis, relações interpessoais e experiências vividas pela criança em desenvolvimento num dado cenário, onde a criança ocupa parte significativa do seu tempo (por ex. casa, ama, creche, jardim de infância, etc.). Em 1989, Bronfenbrenner refere também a necessidade de acrescentar à definição inicial as características desenvolvimentalmente relevantes das outras pessoas presentes e participantes no ambiente imediato da pessoa em desenvolvimento.

Mesosistema – É constituído pelas relações entre os diferentes microsistemas que num dado momento a criança faz parte integrante e pelo seu impacto nas crianças, (por ex. relações casa – jardim de infância ou a escola, etc.).

Exossistema - Investiga o contributo educacional e desenvolvimental de outros cenários que não incluem a criança como participante activo, mas nos quais ocorrem eventos que afectam ou são afectados por acontecimentos ocorrentes nos cenários onde esta se insere. É o caso do local de trabalho dos pais, do meio social onde a família está inserida e das mudanças sociais que aí ocorrem. Todos estes aspectos exercem influência nas práticas educativas das famílias e nos modelos de cuidados a que recorrem. Bronfenbrenner e Crouter (1983) salientam, por exemplo, a importância das condições de trabalho dos pais enquanto condicionantes do seu envolvimento nos programas de Intervenção Precoce.

Macrossistema - Integra os sistemas anteriores, sendo constituído pelas crenças, valores e ideologias de uma dada sociedade e determinada época à qual a criança e a família pertencem.. O macrossistema inclui, não só, aspectos legislativos, princípios gerais e políticas educativas, mas também as representações sociais que os diferentes agentes de socialização têm acerca da criança e da educação. Em última análise, o que define o macrossistema é, segundo Bronfenbrenner (1989), a partilha das características atrás mencionadas pelo que a classe social, um grupo étnico ou religioso, uma comunidade ou outros tipos de estruturas sociais alargadas podem constituir macrossistemas desde que possuam as condições acima mencionadas.

O fenómeno geral de movimento através de espaço ecológico é definido por Bronfenbrenner (1979) como **transição ecológica** que ocorre sempre que a posição da pessoa no ambiente ecológico se altera como resultado de uma mudança de papel, cenário ou ambos.

Neste sentido a criança, a família e as instituições não são consideradas como unidades funcionais independentes, antes pelo contrário, elas são componentes de um todo organizado.

Segundo Leitão (1994) Bronfenbrenner refere parecer-lhe não existir qualquer benefício em “tratar” um problema isoladamente sem uma compreensão abrangente de todos os factores do sistema, pois que, qualquer situação de atraso ou déficit na criança podem ser provocados por rupturas no processo interactivo criança/ envolvimento físico e social.

Assim, para que uma intervenção seja eficaz e se obtenham modificações mais abrangentes nos diversos sistemas sociais, torna-se indispensável a adopção de uma perspectiva ecológica de Intervenção Precoce que tenha em conta a complexidade destas interacções e destes sistemas (Bronfenbrenner, 1977, 1979; Dunst, 1985).

Nesta perspectiva fica claro que nenhum factor isolado é responsável pelo desenvolvimento de uma criança. Uma análise causal desse desenvolvimento deve implicar múltiplos factores e múltiplos níveis, (Sameroff, 1990).

Bronfenbrenner (1979), a propósito dos contextos de socialização, refere que *na investigação ecológica, as propriedades da pessoa e as do ambiente, a estrutura dos cenários ambientais e os processos que decorrem neles e entre eles devem ser vistos como interdependentes e analisados como sistemas*. Bairrão (1994) conclui desta proposição que a socialização não decorre no vácuo mas em unidades que ocorrem dentro de intervalos específicos no tempo e de limites no espaço. Esta definição de **cenário**, que foi concebida por Barker (1968) e retomada por Bronfenbrenner (1979) que refere também, as noções de estrutura e de processo que lhe estão inerentes.

Por sua vez, Tietze (1986) e Tietze e Rosbach (1984), citados por Bairrão (1994) vão operacionalizar de forma mais adequada quer a própria noção de *cenário* quer os conceitos de *estrutura* e de *processo*. Os autores definem o conceito de cenário

como uma unidade social relativamente estável (dimensão pessoal, por exemplo, o número de crianças e adultos que nele se encontram), a qual está normalmente associada a locais específicos (dimensão espacial e material, por exemplo, a dimensão e a densidade dos espaços), nos quais ocorrem padrões de acção relativamente estáveis (dimensão acção) e que estão inseridos num contexto organizacional, legal, económico e funcional (dimensão organizacional, por exemplo, o suporte financeiro e o enquadramento legal).

Neste processo de análise dos cenários enquanto contextos focais de desenvolvimento, emergem dois conceitos que procuram operacionalizar a sua caracterização, designadamente as variáveis de estrutura e as variáveis de processo.

Ainda segundo os mesmos autores, as **variáveis estruturais** referem-se aos aspectos relativamente estáveis dos cenários onde se incluem as características físicas e ambientais, as características das pessoas que neles actuam, e ainda as atitudes e crenças dessas mesmas pessoas. Por sua vez as **variáveis processuais** dizem respeito à dinâmica interaccional da criança com os adultos ou com os seus iguais.

Voltemos, agora, ao modelo formulado por Sameroff e Fiese (1990) que tem implicações profundas na Intervenção Precoce, fundamentalmente na identificação de objectivos e na formulação de estratégias de intervenção. Segundo estes autores as mudanças no comportamento são consequência directa de uma série de trocas entre indivíduos que partilham o mesmo sistema segundo princípios reguladores específicos. Os objectivos podem ser identificados através da avaliação das forças e fraquezas do sistema regulador minimizando o campo de acção e maximizando os custos da eficiência. Nalguns casos, a melhor estratégia interventiva poderá consistir em alterações nas percepções parentais, enquanto que noutros poderá ser necessário também, alterações nos comportamentos da criança, para se restabelecer o equilíbrio no desenvolvimento. Noutros casos ainda, poder-se-à requerer uma melhoria nas capacidades dos pais nas suas interacções com os filhos.

Segundo Sameroff e Fiese (1990) estas estratégias de intervenção atrás referidas são denominadas por *redefinição, remediação e reeducação*. Quando se deparam problemas nos códigos familiares (que segundo os mesmos autores são mecanismos que regulam o desenvolvimento da criança, no sentido desta desempenhar um papel na família e mais tarde na sociedade) ou quando os códigos familiares não estão adaptados

aos comportamentos da criança, a estratégia mais aconselhada consiste na *redefinição* de comportamentos, tarefas ou papéis dos pais, com o objectivo de se garantir uma facilitação de interacções mais adequadas à criança. A redefinição muda o modo como os pais interpretam o comportamento das crianças, (Sameroff e Fiese, 2000).

A estratégia de *remediação* é designada como a mudança comportamental na criança, visto que esta não altera directamente a família ou os códigos culturais. Segundo os autores citados, entende-se por códigos culturais, os mecanismos que regulam a adequação do desenvolvimento da criança à sociedade, mecanismos estes que incorporam elementos da socialização e da educação. Assim o objectivo da remediação é dotar as crianças, por exemplo, diagnosticadas com alterações orgânicas conhecidas de comportamentos, para que estas possam actuar de modo mais adequado, capaz de desencadear os cuidados de que necessita, por parte dos pais. A *remediação* é uma estratégia implementada exteriormente ao sistema familiar, cuja meta é uma condição definida identificada na criança por um profissional. Parte-se da premissa que a intervenção estará completa, uma vez a condição alterada. Estas estratégias remediativas funcionam como regulações do comportamento da criança e são excelentes para grande número de problemas precoces, embora ocasionalmente possam envolver aplicações controversas, (Sameroff e Fiese, 1990 e 2000).

Por sua vez, a estratégia *reeducação* refere-se ao ensino aos pais, sob a forma mais adequada de como educar e desenvolver a criança. Esta estratégia está vocacionada, fundamentalmente, para aqueles pais que não possuem conhecimentos de base para poderem utilizar bem o código cultural como regulador do desenvolvimento da sua criança. A *reeducação* é dirigida para as famílias, sendo que estes esforços visam fornecer aos pais informações sobre cuidados específicos e competências educacionais. A reeducação muda o modo como os pais se comportam em relação à criança, (Sameroff e Fiese, 1990 e 2000).

Fundamental e conveniente, segundo esta abordagem, é a realização de um diagnóstico transaccional, com o objectivo de identificar o problema e o grau de intervenção necessária. Na perspectiva definida por este referencial teórico Bairrão (1994) define avaliação como, *recolha de informação necessária para intervir com crianças com N.E.E. e suas família*, que segundo o autor constitui a “pedra de toque” para um programa de Intervenção Precoce de qualidade.

Segundo Bronfenbrenner (1979) e Bairrão(1994), inicialmente, a avaliação, pré-requisito para qualquer forma de intervenção, era fundamentalmente centrada na criança, não respeitando aquilo a que Bronfenbrenner (1979) denomina de validade ecológica. Segundo este autor, a *validade ecológica* refere-se ao facto de se saber se um ambiente experienciado pelos indivíduos, adultos ou crianças, numa investigação científica possui as propriedades supostas existirem pelo investigador. Ainda na mesma linha Bairrão (1994), defende que *na sua preocupação em busca de validade ecológica, a avaliação em intervenção precoce terá de ter componentes naturalísticas e incluir uma grande variedade de cenários onde a criança e a família vivem.*

A este propósito Bailey e Simeonsson (1988), citados por Bairrão (1994) referem que quanto mais validade tiver uma avaliação, mais óbvias e imediatas são as suas aplicações para a intervenção. Ainda dentro desta perspectiva, este autor considera uma outra dimensão, pois a avaliação não serve apenas os técnicos e não é apenas uma tomada de consciência destes acerca dos problemas da criança e da família. É também uma forma de tomada de consciência das famílias dos seus próprios problemas e dos problemas dos seus filhos e daí a importância da participação dos pais na sua própria avaliação, (p.37).

As técnicas utilizadas na avaliação familiar derivam de pressupostos sobre a natureza da vida familiar, tendo em atenção a forma como as famílias resolvem as suas crises. Há uma diversidade de formas através das quais o desenvolvimento e funcionamento da família pode ser avaliado, cada uma das quais proporciona diferentes ênfases de abordagem.

De acordo com Krauss e Jacobs (1990), o funcionamento familiar pode ser analisado mediante as perspectivas da Sociologia Familiar ou da Teoria Geral dos Sistemas. Os psicólogos familiares analisam a família colocando um enfoque especial na descrição desta considerada como “normal ou típica” ou com “funcionamento patológico”.

A outra forma de conceptualização do funcionamento familiar deriva da Teoria Geral dos Sistemas (Bertalanffy,1969; Bateson,1972). De acordo com esta perspectiva, os indivíduos, famílias, organizações e serviços são vistos não como unidades que funcionam independentemente mas antes como componentes interrelacionadas e independentes de um todo organizado. O sistema altera-se constantemente á medida que os seus componentes se adaptam a informações, *feedback* e estímulos positivos ou

negativos. Os profissionais de Intervenção Precoce deverão, como tal, numa perspectiva sistémica ter consciência da necessidade de tomar em consideração múltiplos componentes alguns dos quais influenciam ou são influenciados pela criança com deficiência.

Powers (1988) sugere que a prestação de serviços em Intervenção Precoce deve apresentar três características principais. A primeira, a que o autor designa **sensibilidade ecológica**, refere-se à necessidade de os profissionais de Intervenção Precoce preverem o efeito irradiante de uma intervenção. Assim deve ser proactiva, procurando equacionar os possíveis desequilíbrios para acentuar a tendência homeostática do sistema e deste modo reequilibrá-lo.

A segunda característica apontada por Powers é a atenção que deve ser dada ao processo organizacional. Embora os programas de Intervenção Precoce sejam concebidos para dar apoio às crianças e suas famílias, a sua organização pode frequentemente constituir barreiras à mudança, sobretudo quando os técnicos não têm consciência ou não dominam a estrutura organizacional, papéis e formas de resposta a dar às famílias.

A terceira característica de uma abordagem sistémica é a consciência das interrelações entre o comportamento do indivíduo e o meio ambiente. Thomas e Chess (1977), citados por Bailey e Wolery (1992) sugerem o conceito de “*goodness of fit*”⁷ argumentando que se verificam melhores resultados quando há uma adequação entre as características da criança e da família e os serviços prestados. Bernheimer, Gallimore e Weisner (1990), citados por Bailey e Wolery (1992) descrevem a teoria ecocultural como um importante contributo para o desenvolvimento do Plano Individualizado de Apoio à Família. Segundo estes autores, cada família adapta-se a um nicho ecológico ou a determinada ecologia, que inclui factores culturais, materiais e de localização. Este nicho apenas pode ser compreendido através de uma análise de:

- a) Componentes objectivas da ecologia da família;
- b) Percepções dos membros da família sobre as suas circunstâncias de vida.

A perspectiva da teoria sistémica familiar representa um corte no método de avaliação tradicional, clínica e terapêutica, em que a disfunção individual é vista como

⁷ O conceito “*Goodness of fit*” pode ser traduzido por “boa-adequação”.

um sintoma de uma disfunção na família. Qualquer decisão programática deverá ser então baseada numa avaliação sistemática e multidimensional das forças, necessidades, recursos e funcionamento das famílias, (Vincent, 1986; Bailey, 1987; Leitão, 1988; Krauss e Jacobs, 1990; Bairrão, 1994), sendo imprescindível o recurso a novas técnicas para analisar os recursos e necessidades de cada família. A intervenção no sistema familiar só será bem sucedida se iniciarmos o processo com uma avaliação apropriada ao contexto da criança e da família.

Assim, esta avaliação deve ir muito mais além do comportamento da criança e fundamentar-se no facto de que todas as famílias têm necessidades e recursos, ao invés da noção tradicional da identificação das suas fraquezas. Tal constatação implica necessariamente que não podemos continuar a querer “julgar/avaliar” famílias através de um critério/norma comum a todas, (Vincent et al., 1990).

Nesta perspectiva Bairrão (1994) defende que a avaliação da criança e da família, *deverá ser realizada por uma equipa pluridisciplinar e num espaço de tempo compatível com a gravidade da situação, sublinhando que nenhuma avaliação deve basear-se numa fonte única de informação, dado que o comportamento da criança é, em parte, determinado pelos contextos onde esta se encontra.*

O enquadramento conceptual subjacente aos programas de Intervenção Precoce da década de 80 era consideravelmente diferente daquele que suportava, no início da década de 60, os programas de Intervenção Precoce. De facto, considerando as perspectivas transaccional e ecológica, novos desafios emergem na análise dos processos de desenvolvimento. Segundo Bairrão (1992), o caminho percorrido veio demonstrar que a intervenção e consequentemente a avaliação, não se pode centrar exclusivamente na criança e no seu desempenho mas que se deverão analisar, *os diferentes tipos de cenários ou de contextos a que a criança está exposta, assim como analisar a estrutura e padrões de actividade específicos de cada cenário na medida em que estes afectam e são afectados pela criança em desenvolvimento.*

Neste enquadramento conceptual uma nova definição de Intervenção Precoce emerge: **“A intervenção precoce consiste em proporcionar serviços multidisciplinares a crianças vulneráveis, ou com deficiência, do nascimento aos 3 anos de idade e suas famílias. Estes programas são definidos de forma a promover**

o desenvolvimento, minimizar potenciais atrasos, remediar os problemas existentes, prevenir deterioração posterior, limitar a aquisição de situações de deficiências adicionais e/ou promover um funcionamento familiar adaptativo. Os objectivos da Intervenção Precoce são atingidos proporcionando serviços terapêuticos e desenvolvimentais para as crianças e apoio e educação para as suas famílias” (Meisels e Shonkoff, 1990; p.19).

Este é um desafio que se coloca aos programas de Intervenção Precoce dos nossos dias, e que as abordagens de Bailey e Simeonsson (1986); Dunst e Trivette (1990) Simeonsson (1996) procuram operacionalizar e que a Lei Pública 99-457, no contexto dos E.U.A. formalizou. São estes assuntos que abordaremos de seguida.

2 - Da Intervenção Centrada na Criança à Intervenção Centrada na Família

A Intervenção Precoce começou por se centrar predominantemente na criança. Esta era considerada o centro das práticas interventivas e os programas destinavam-se, fundamentalmente, à criança em risco ou que apresentava atrasos de desenvolvimento já estruturados.

As práticas interventivas visavam, pois, remediar os problemas que as crianças apresentavam mas com uma intervenção compartimentada, em diversas especialidades esquecendo-se uma perspectiva global da criança e mais importante ainda, esquecendo-se que esta fazia parte de um contexto familiar mais alargado da qual não se pode desligar.

Os profissionais identificavam os factores associados de risco conducente ao atraso de desenvolvimento e implementavam a intervenção com o objectivo de diminuir o impacto destes factores no futuro desenvolvimento da criança. Era dentro desta óptica que se desenvolveram instrumentos de avaliação e currículos apropriados para a intervenção com a criança e que muitos dos quais ainda hoje se utilizam.

Apesar de os profissionais se assumirem como peritos na detecção dos problemas e chamarem a si a tomada de decisão, podemos afirmar que mesmo nos primórdios da Intervenção Precoce, nunca foi esquecida a importância da família na vida da criança, (Bailey e Simeonsson, 1988). A afirmação clássica de que - os pais são os primeiros e mais importantes professores dos seus filhos - feita pelos profissionais de Intervenção Precoce no passado ainda hoje continua a ser ouvida. Embora reconhecendo o

papel crucial dos pais no desenvolvimento da criança, os técnicos transmitiram-lhes uma filosofia subjacente à sua condição de pais. Os profissionais de Intervenção Precoce eram considerados os especialistas na identificação das necessidades da criança e na determinação de estratégias de intervenção necessárias para assegurarem os seus progressos. Os pais, recebiam formação e orientação dos profissionais, permitindo-se-lhes a continuidade do trabalho desenvolvido pelos profissionais para que, de forma adequada, pudessem implementar, em casa e com a criança, o mesmo tipo de intervenção. Portanto, mesmo quando se trabalhava com os pais, o enfoque da intervenção era a criança (Turnbull e Winton 1984 cit. por McWilliam, 1996).

No início dos anos 70 começara a delinear-se novas formas de envolvimento dos pais na educação dos filhos. Assim, entre outras razões, um reconhecimento por parte dos profissionais, da necessidade de um envolvimento mais activo dos pais nos programas educativos dos seus filhos, bem como o desejo destes últimos de também participarem nesse processo, contou para a progressiva mudança de racional da avaliação e de intervenção. Posteriormente essa importância foi reconhecida e formalizada pela legislação americana, em 1972 (Lei Pública 94-142- *The Education for All Handicapped Children Act*), actualmente Lei Pública 99-457, designada *Individuals with Disabilities Education Act - IDEA* e às quais fizemos já referência no primeiro capítulo.

Mais recentemente, a legislação Portuguesa sobre a Intervenção Precoce, promulgada recentemente, pelo Despacho Conjunto n.º 891/99 de 13 de Agosto, reflecte de igual modo, os princípios da legislação americana no que respeita ao envolvimento da família, embora num contexto societal muito diferente do da sociedade americana de anos 70 e 80.

Nos anos 80 os programas de Intervenção Precoce, atingem uma nova etapa na qual se vai consolidar um progressivo reconhecimento da importância dos pais na Intervenção Precoce. Progressivamente a Intervenção Precoce vai-se alargando à criança e à família na comunidade, quer quando é praticada em centros ou quando é desenvolvida nos domicílios.

Throanis (1989) refere que nas últimas décadas, a Intervenção Precoce foi ainda alvo de mudanças e tais mudanças são visíveis na Lei Pública 99-457, promulgada em

Outubro de 1986. Esta lei estabelece uma educação pública, livre e adequada às crianças em idade pré-escolar, dos 3 aos 5 anos de idade, com deficiência. A lei faz ainda recomendações aos diferentes estados, nomeadamente acerca do planeamento, desenvolvimento e implementação a nível estatal de um sistema intersectorial abrangente, coordenador e multidisciplinar de serviços de Intervenção Precoce para as crianças entre os 0 e os 2 anos de idade com deficiência ou atrasos de desenvolvimento e suas famílias. Estabelece ainda formas para facilitar a coordenação dos financiamentos quer públicos quer privados dos serviços de Intervenção Precoce e ainda refere formas de melhoria dos serviços de modo a desenvolverem Programas de Intervenção Precoce de qualidade.

Para o estabelecimento de um sistema abrangente de Intervenção Precoce esta lei específica igualmente as catorze componentes às quais os estados têm de se cingir para implementar um Sistema de Intervenção Precoce:

- 1) Definição de atraso de desenvolvimento;
- 2) Faseamento no tempo dos serviços a criar;
- 3) Avaliação multidisciplinar das necessidades das crianças e das famílias a atender;
- 4) Elaboração de um Plano Individualizado de Serviços para a Família e designação do técnico responsável por cada caso;
- 5) Organização de um sistema alargado de identificação das crianças;
- 6) Consciencialização do público para esta problemática;
- 7) Elaboração de um ficheiro centralizado de serviços e recursos;
- 8) Organização de um sistema abrangente de formação de pessoal;
- 9) Designação da entidade ou serviço responsável pela gestão financeira e coordenação de recursos e ainda pela supervisão dos programas;
- 10) Definição de regras a obedecer para a contratação ou criação de serviços locais de atendimento a crianças e famílias;
- 11) Definição de regras para o reembolso de serviços prestados;
- 12) Estabelecimento da garantias jurídicas;
- 13) Definição dos níveis de qualificação dos técnicos;
- 14) Criação de um sistema que permita organizar toda a informação acerca dos programas de Intervenção Precoce, (Throanis 1989 cit. por Thurman, 1997).

Simeonsson (1991) refere como objectivos subjacentes na criação desta legislação os seguintes:

- Promover o desenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida minimizando o seu potencial atraso de desenvolvimento;
- Reduzir os custos educacionais da sociedade minimizando a necessidade futura de educação especial ou de outros serviços especializados;
- Minimizar os efeitos da institucionalização dos indivíduos com deficiência e maximizar o seu potencial para uma vida independente em sociedade;
- Promover nas famílias competências para lidarem de forma adequada com as necessidades especiais de seus filhos com deficiência.

Paralelamente às mudanças no campo da implementação de serviços de Intervenção Precoce, a legislação apontava ainda para a formação, o que implicou medidas neste domínio sem precedentes, de modo a que fosse assegurado um número de profissionais qualificados necessários nos programas de Intervenção Precoce, (Bailey, 1989).

Convergiam assim os factores práticos, legislativos e científicos, havendo ainda a realçar os contributos conceptuais que reforçam a importância do envolvimento familiar, tal como foi referido no ponto anterior.

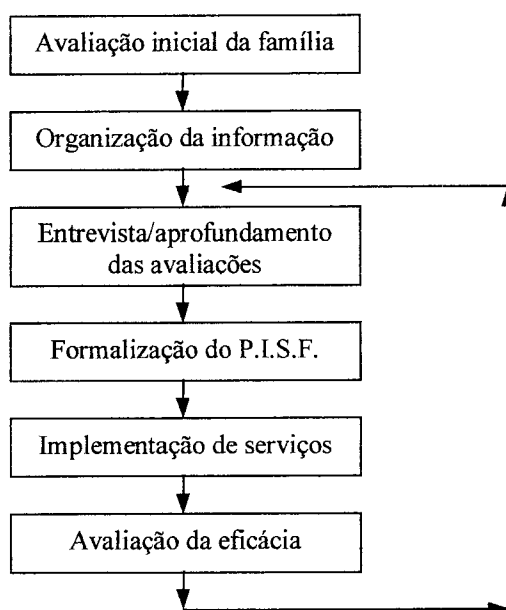
3 - O Modelo de Intervenção Centrado na Família

O modelo de intervenção aprofundado por Bailey e Simeonsson (1988), tem igualmente como enquadramento conceptual a perspectiva transaccional/ecológica do desenvolvimento e assume a família como unidade de intervenção. Os objectivos preconizados por este modelo de intervenção centrada na família visam:

- Apoiar a família a lidar com as suas necessidades específicas, relacionadas com o cuidar e educar uma criança com deficiência;
- Apoiar a família numa compreensão crescente acerca do desenvolvimento de seu filho enquanto indivíduo e enquanto elemento da família;

- Promover as interacções pais- criança de modo a que características como a sensibilidade, a reciprocidade e a adequação ao nível de desenvolvimento da criança possam emergir;
- Respeitar a dignidade das famílias, correspondendo às suas necessidades de envolvimento em serviços de Intervenção Precoce que proporcionem um processo de avaliação e uma planificação da intervenção.

Na operacionalização destes objectivos, Bailey e Simeonsson (1988) propõem seis etapas no processo de avaliação-intervenção esquematizadas no Quadro n.º1.



Quadro n.º1-Adaptado de Bailey e Simeonsson (1988)

Bailey e Simeonsson (1988) consideram que a família tem total liberdade para se implicar num programa de intervenção ao nível que considerar mais adequado, devendo os profissionais respeitar essa decisão. Os autores citados referem ainda que num dos extremos se situam as famílias que decidem não se implicarem num programa de Intervenção Precoce e no extremo oposto as famílias que desejam um envolvimento profundamente activo. Assim os programas devem adoptar formas de concretização tão diversas quanto a diversidade das famílias alvo de intervenção.

Importa frisar a existência de numerosas evidências a favor do modelo centrado na família, indicando que os aspectos positivos se verificam não apenas na criança em si

mesma mas, também, nos pais e no funcionamento familiar, (Dunst et al.,1988; Bailey e Simeonsson, 1988; Winton,1992; McWilliam,1997). Estes investigadores argumentam ainda que um dos factores impeditivos de maiores progressos neste campo, tem sido o carácter paternalista dos programas tradicionais que eram centrados na criança, em vez de serem desenvolvidos em parceria com as famílias, (Zigler e Berman 1983, cit. por Dunst et al., 1991; 1997).

Na abordagem centrada na família, perspectiva que acaba por se impor, importa ainda frisar o contributo precioso do *modelo de apoio social*, apresentado por Dunst, Trivette e seus colaboradores em 1988. Estes autores enfatizaram a importância que o apoio social tinha, quer a nível dos resultados mediatos quer imediatos no desenvolvimento da criança, definindo o objectivo essencial da intervenção como: “a identificação das necessidades da família e a identificação dos recursos formais e informais que satisfazem essas necessidades de modo a ajudar a família a mobilizar os recursos identificados”, (Dunst, Trivette e Deal, 1988: p.3).

Assim “considerando a família e não apenas a criança, como a unidade de intervenção reconhece-se que a família é um sistema cujos membros são interdependentes e que ao dar-se apoio à família e não apenas à criança, aumentamos consideravelmente as hipóteses de provocar um impacto positivo significativo em todos os membros da família”, (Dunst, Trivette e Deal, 1988: p.6).

3.1- O Modelo de “Apoio Social”

Desde 1981 e, após, sensivelmente sete anos de pesquisa no *Western Carolina Family Center Infant and Preschool Program* Dunst, Trivette e seus colaboradores foram perspectivando determinado modelo de intervenção que fundamenta muitos dos programas actuais de Intervenção Precoce, nos Estados Unidos. Estamos a referir o modelo de *apoio social* desenvolvido pelos investigadores citados.

Dunst, Trivette e Deal (1988) partindo da perspectiva que considera a família como um sistema, assumem a existência de uma interdependência entre os vários elementos que constituem esse sistema, salientando a influência de variáveis situadas

noutros sistemas, dos quais os elementos da família não são participantes activos mas que têm um impacto importante no comportamento quer da criança, quer dos seus pais e de outros membros do sistema familiar.

Na abordagem proposta por Dunst, Trivette e Deal (1988) o termo *apoio social* refere-se aos “recursos prestados a indivíduos ou unidades sociais, (p. ex. a família) em diferentes períodos das suas vidas em resposta a necessidade de ajuda ou assistência”. Entende-se por *apoio informal* as redes que incluem indivíduos (p. ex. familiares, amigos, vizinhos) e grupos sociais (por ex: igreja e clubes sociais). A noção de *apoio formal* refere-se aos profissionais (terapeutas, médicos, educadores, etc.) e aos serviços (hospitais, jardins de infância, programas de intervenção precoce, etc.). Digamos que desta forma os autores citados situam nos diferentes níveis da hierarquia de sistemas, proposta pela perspectiva ecológica, já abordada, os potenciais recursos que tal como defendia Bronfenbrenner (1979) têm uma influência directa ou indirecta no desenvolvimento proporcionado a cada criança.

A natureza do apoio social é multidimensional e as diferentes formas que pode assumir têm influências diversas no indivíduo, na criança e no funcionamento das famílias. Após uma revisão de vários estudos, Dunst, Trivette e Deal (1988), propõem cinco componentes principais relativamente à configuração que o apoio social pode assumir caracterizando-o da seguinte forma:

Apoio fundamental, refere-se à disponibilidade dos apoios requeridos e à sua congruência entre o apoio oferecido e o apoio identificado como necessário. Este é um dos aspectos essenciais com influência determinante na promoção do bem-estar da família.

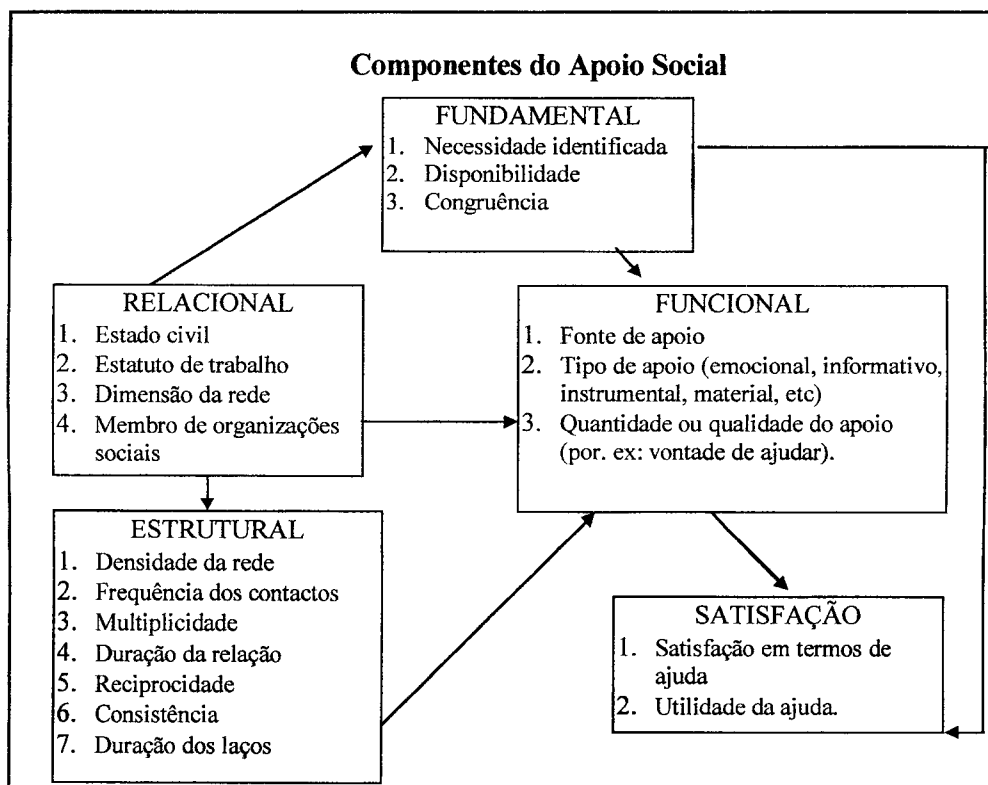
Apoio relacional, diz respeito à rede de relações interpessoais existentes, onde se incluem as relações maritais, o número de pessoas existentes na rede de relações de cada indivíduo, a participação em organizações sociais, etc. Segundo Wills (1985), o apoio relacional é constituído pelas pessoas, grupos e organizações que são importantes para o indivíduo.

Apoio funcional, refere-se ao tipo, qualidade e quantidade de apoio, incluindo aspectos como o apoio ao nível da informação, ao nível emocional, material e instrumental, proporcionada aos indivíduos pelos membros da rede social.

Apoio estrutural, refere-se às características das redes sociais, as quais incluem a densidade, estabilidade, durabilidade e reciprocidade das relações interpessoais, assim como a intensidade dos sentimentos relativamente aos indivíduos que constituem a rede.

Apoio - satisfação, refere-se à satisfação que os indivíduos poderão sentir acerca do apoio proporcionado, na medida em que este é avaliado como útil e como uma fonte de apoio.

No Quadro n.º 2 apresentam-se os cinco principais componentes do *apoio social* e o seu relacionamento, operacionalizado por Dunst, Trivette e Deal (1988).



Quadro n.º 2 - Adaptado de Dunst, Trivette e Deal (1988: p.29)

Assim, de acordo com o que está esquematizado no Quadro n.º 2, embora do ponto de vista conceptual seja possível discriminar os referidos componentes, a compreensão das potencialidades das relações interpessoais deve incluir a sua totalidade e considerar as relações dinâmicas. Nas palavras de Dunst, Trivette e Deal, (1988): *Tomados no seu conjunto estes cinco componentes e as potenciais conexões entre esses componentes, fornecem-nos uma base para a compreensão das relações temporais e mediadoras que propiciam a oportunidade para trocas de apoio.*

Dunst, Trivette e Deal (1988) documentam uma investigação realizada a qual permite evidenciar que o apoio social tem influência directa e indirecta no funcionamento dos pais, da família e da criança, concretamente:

- Nos aspectos do seu bem-estar e saúde;
- No bem-estar da família;
- Na adaptação da família às crises ao longo dos seus ciclos de vida;
- Nas atitudes face à criança;
- Nos estilos de interacção parental;
- Nas aspirações para si e para a criança;
- No temperamento da criança;
- No comportamento e desenvolvimento da criança.

Nas investigações conduzidas por Dunst e Trivette (1988) as redes de apoio informal, comparativamente às de apoio formal, revelaram-se de uma importância determinante na promoção do bem-estar e na diminuição do *stress* nas famílias. Este dado é suficientemente significativo para não ser tomado em conta na reflexão acerca das estratégias mais relevantes na implementação de programas de Intervenção Precoce. De facto, numa visão tradicional da intervenção, o apoio é proporcionado pelos profissionais através de uma intervenção terapêutica ou educacional, sendo as mudanças observadas percebidas como resultado da intervenção concretizada. Numa abordagem cujos fundamentos se identificam com a teoria social dos sistemas, a dimensão das mudanças observadas são, tal como a investigação o demonstra, resultantes sobretudo da influência que componentes ao nível do apoio social têm no funcionamento das famílias e no desenvolvimento da criança. Desta forma, os efeitos do apoio social no comportamento e desenvolvimento da criança indicam que esta dimensão tem de ser tida em conta na elaboração e implementação de programas de Intervenção Precoce.

Ainda em 1988, com a publicação do livro *Enabling and Empowering Families* de Dunst, Trivette e Deal, nos Estados Unidos, os autores introduziram também os conceitos de *enabling* e *empowering* no campo da Intervenção Precoce, o que contribuiu para repensar a criança com deficiência e suas famílias.

Relativamente ao conceito *enabling* traduzido por Bairrão (1999) como “capacitar” refere-se à necessidade de, *criar oportunidades e meios para que as*

famílias utilizem as suas próprias competências e adquiram outras que lhes permitam encontrar soluções face às suas próprias necessidades e às necessidades de seus filhos.

Muitas das dificuldades que os profissionais têm sentido na implicação e participação activa dos pais nas propostas de intervenção que equacionam, podem ser agora lidas como dificuldades inerentes aos próprios técnicos e às filosofias dos programas os quais, muitas vezes, antecipam necessidades, criam expectativas e definem objectivos, desconhecendo as variáveis que ecologicamente caracterizam a família com que estão a lidar e que obviamente estão na base das dificuldades de comunicação e na fragilidade do impacto que muitos programas vêm depois a revelar.

Relativamente ao conceito de *empowerment* que poderá ser traduzido por “dar poder” ou “fortalecer”, este salienta a capacidade das famílias atingirem as suas aspirações e satisfazerem as suas necessidades, adquirindo um sentido de controlo sobre os aspectos do seu funcionamento. Assim, o que está em causa não é a promoção da dependência relativamente aos profissionais, mas sim a implementação de estratégias que visem apoiar a família na aquisição de novas competências e conhecimentos e que permitam um funcionamento mais adequado, garantindo-se assim condições para o desenvolvimento mais pleno de todos os membros, (Dunst, Trivette e Deal, 1988).

Uma intervenção fundamentada tendo como objectivo, capacitar e fortalecer as famílias, deve então incluir uma avaliação aprofundada dos recursos potenciais e das necessidades identificadas pela família, apoiando esta na mobilização dos próprios recursos que do seu ponto de vista podem satisfazer estas necessidades específicas.

Assim, a intervenção implica a mobilização de diferentes tipos de apoios proporcionados pelas redes de apoio formal e informal tendo em conta a individualidade das famílias e as suas características específicas.

No que respeita às políticas de intervenção centradas na família, Dunst et al., (1991) categorizam a sua orientação em termos de seis fases gerais:

- Fomentar e aumentar o sentido de comunidade;
- Criar sistemas de apoio, mobilizar recursos que possam assistir a família;

- Partilhar responsabilidades e construir uma verdadeira colaboração entre pais/profissionais;
- Respeitar a integridade familiar, crenças, valores e proteger a família de acordo com a menor intrusão possível;
- Promover as capacidades e competências familiares de forma a favorecer um adequado funcionamento familiar;
- Utilizar os serviços para apoiar e fortalecer o funcionamento familiar.

Também Simeonsson (1994) refere que os programas de Intervenção Precoce, baseados no modelo centrado na família, se encontram numa fase crescente de implementação, destacando-se dois vectores fundamentais, nomeadamente a ênfase crescente na intervenção individualizada com o objectivo de proporcionar serviços à criança e à família, na forma de um Plano para a Família e o reconhecimento da importância do envolvimento familiar.

Segundo McWilliam (1996), os princípios das práticas centradas na família são os seguintes:

- Considerar a família como uma unidade de intervenção;
- Reconhecer os recursos da criança e da família;
- Responder às prioridades identificadas pela família;
- Fornecer serviços individualizados;
- Responder à mudança de prioridades da família;
- Promover os valores e estilos de vida da família.

McWilliam (1996), aponta alguns princípios de uma abordagem centrada na família.

Segundo a autora é necessário considerar a *família como unidade da prestação de serviços*, procurando dar resposta às necessidades identificadas por ela. Esta abordagem reconhece que o bem-estar de cada membro da família tem impacto em todos os outros membros. Por exemplo se os pais estão preocupados com problemas financeiros é provável que isso afecte a qualidade da interacção com a criança o que por sua vez pode ter repercussão no progresso do seu desenvolvimento. Paralelamente, se os pais ocupam tempo de mais com a criança com necessidades educativas especiais, sobra menos tempo para os outros filhos.

A abordagem centrada na família pressupõe pois o reconhecimento e a resposta às necessidades de cada membro da família e não apenas às necessidades da criança com deficiência. Ajudar os pais a encontrarem uma casa ou um emprego é considerado tão válido quanto a aquisição de ajudas técnicas ou uma intervenção de fisioterapia. O objectivo último da abordagem centrada na família é a promoção do bem-estar da família como um todo. Isto inclui minimizar o *stress*, manter ou promover as relações dentro da família, capacitar a família para na medida do possível, manter o estilo de vida que teriam escolhido seguir se a sua criança não tivesse necessidades educativas especiais. Uma das vantagens desta perspectiva é que os resultados podem ser atingidos de diversas maneiras, o que não acontece na abordagem centrada na criança. O sucesso da intervenção não está apenas dependente dos progressos da criança. Para além disto, tendo as famílias diferentes valores, crenças e estilos de vida, a definição do sucesso é necessariamente diferente para cada família.

Outro aspecto importante da abordagem centrada na família é a *identificação dos recursos de cada criança e de cada família*. De facto a tendência actual é de se falar em recursos, preocupações e prioridades e não tanto em necessidades familiares, o que reflecte a convicção de que devemos ver todas as crianças e famílias como capazes e competentes. Esta orientação positiva, leva a resultados diferentes da abordagem centrada nos défices da criança. É fácil, quando trabalhamos com famílias cujos valores e crenças são idênticos aos nossos. Mas, é bem mais difícil fazê-lo quando se trata de famílias com valores diferentes dos nossos e com capacidades e recursos limitados. No entanto estas famílias também se podem tornar capazes e competentes.

O reconhecimento dos recursos das famílias é o primeiro passo numa abordagem positiva. Estes mesmos recursos devem ser utilizados e ampliados com o desenvolvimento e implicação de todos os membros da equipa no plano de intervenção. Isto significa estimular os pais a recorrer aos seus próprios recursos e capacidades, ajudando-os a identificar e a utilizar os recursos de que necessitam. Nesta abordagem não se trata apenas de promover a auto-estima e a auto- confiança dos pais, mas trata-se sobretudo de levá-los à aquisição de competências que possam ser utilizadas pela família num futuro próximo.

O reconhecimento dos recursos da criança e da família deve ser um processo contínuo ao longo da intervenção. Esse reconhecimento pode ser concretizado de várias maneiras, sendo o mais importante constituído pelas pequenas coisas que dizemos e que revelam respeito genuíno pela criança e pela família e apreciação sincera dos mais pequenos sucessos obtidos, (McWilliam, 1996).

Em síntese, poderemos dizer que o objectivo da intervenção deve ser entendido não como o que “fazer pela pessoa”, mas sim como fortalecer o funcionamento da família, de tal modo que estas se tornem menos dependentes da ajuda dos profissionais (Dunst, Trivette e Mott, 1994, cit. por McWilliam, 1996).

Para uma avaliação centrada na família eficaz e completa, devemos ter ainda em conta os seguintes aspectos:

- *A identificação das prioridades da família* é um dos aspectos cruciais desta abordagem. Entende-se por prioridades da família aquilo que os pais ou os prestadores de cuidados consideram importante para a criança e para toda a família. As prioridades são diferentes de família para família. A identificação das prioridades das famílias assegura que a intervenção seja planeada e implementada de modo a ajudar a família a realizar aquilo que é importante para ela e não aquilo que os profissionais pensam que é importante. O processo de identificação das prioridades da família requer também competências dos profissionais. Os técnicos são responsáveis por proporcionar um clima que permita às famílias comunicar com clareza o que é importante para elas e ao mesmo tempo trocar informações e saberes com os profissionais de forma que as famílias possam tomar decisões informadas acerca das prioridades e dos objectivos que escolheram, (Winton, 1996).

- *As prioridades das famílias* são únicas, portanto, responder-lhes requer um plano individualizado de serviços. É importante que a família tenha a possibilidade de escolher entre vários serviços e dentro de cada serviço aqueles profissionais que estejam disponíveis e que disponham de opções mais flexíveis. Isto não quer dizer que cada programa de Intervenção Precoce deva oferecer todo o tipo de serviços às famílias, mas significa que os profissionais são responsáveis por conhecer os serviços e recursos disponíveis na sua comunidade e que devem ajudar as famílias a aceder a tais serviços, (Dunst e Trivette, 1994, cit. por McWilliam, 1996).

- *As necessidades das famílias não são estáticas e mudam com frequência.* Por conseguinte, os serviços e as estratégias de intervenção que numa dada semana são adequados podem não o ser na semana seguinte ou dentro de alguns meses. Por exemplo, a mudança de trabalho de um dos pais, ou o nascimento de um irmão podem resultar em alterações nas prioridades da família. Muitas vezes também os pais mudam a sua opinião acerca daquilo que é importante para o seu filho e para a família. É importante que os profissionais tenham consciência das alterações das prioridades e desejem ajustar os serviços e planos de intervenção às mudanças ocorridas. Estar a par das necessidades da família exige o desenvolvimento de uma relação de confiança e uma comunicação contínua entre pais e profissionais que não é de modo algum compatível com um encontro por ano para desenvolver o *Plano Individualizado de Serviços para a Família*, (Winton, 1996).

- O nascimento de uma criança têm um grande impacto nos *estilo de vida da família*. As rotinas dos membros da família alteram-se. O desequilíbrio inicial pode ser maior quando a criança nasce com uma deficiência e o processo de adaptação pode implicar algumas mudanças dramáticas no modo como a família orienta o seu quotidiano. Muitas destas alterações aconteceram já antes da família ter os primeiros contactos com os profissionais de Intervenção Precoce. As mudanças da família dão-se no sentido de adquirir um equilíbrio ou, pelo menos, o nível mínimo de conforto para todos os seus membros. A abordagem centrada na família tem como propósito não desequilibrar as rotinas da família, mas sim favorecer a aquisição do equilíbrio (McWilliam, 1996).

Na abordagem centrada na família, é fundamental que cada profissional preste o seu apoio à família. Isto significa que cada profissional necessita de analisar bem os seus papéis em relação às famílias e identificar práticas que tenham de ser mudadas afim de responder melhor às necessidades e prioridades das famílias, (Bailey, McWilliam e Winton, 1992).

A mudança para um modelo centrado na família, deve ser uma decisão que diz respeito a toda a equipa e que deve ser partilhado com a família.

4 – As Práticas de Intervenção Precoce: A Equipa Multi, Inter e Transdisciplinar

Apesar das bases de dados que apoiam o trabalho das equipas na Intervenção Precoce serem limitadas, recomenda-se às equipas de profissionais que estruturem os serviços de Intervenção Precoce a partir de dados concretos (McLean e Odom, 1993).

Como tal tem sido reconhecida a importância do trabalho em equipa em Intervenção Precoce na avaliação das crianças (Bagnato e Neisworth, 1991; Linder, 1990), na elaboração do plano de intervenção (Linder, 1990) e na implementação dos serviços de Intervenção Precoce (Woodruff e McGonigel, 1988).

Todavia existe uma enorme variação quanto à maneira como funcionam as equipas.

A equipa de avaliação pode ter mais ou menos profissionais conforme as necessidades da criança e da família, dependendo por vezes também do tipo de avaliação proposto. Isto é, uma avaliação cujo objectivo é fazer o diagnóstico pode precisar de vários profissionais de diferentes especialidades, enquanto uma (re)avaliação trimestral pode apenas necessitar dos profissionais implicados na intervenção.

Na Intervenção Precoce os tipos de equipas podem ser classificados deste modo: multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar (McCollum e Hughes, 1988). Estes tipos de equipas diferem quer no papel dos profissionais quer no estilo de funcionamento.

Na **equipa multidisciplinar**, os profissionais representam a sua própria disciplina e realizam a avaliação e as actividades de intervenção de forma isolada, incluindo relatórios da sua disciplina, escolha de objectivos e intervenções com a criança e a família. Há pouca integração e colaboração entre as várias disciplinas e é muito difícil desenvolver programas coordenados e abrangentes para a criança e para a família. Os membros da equipa centram-se nas suas áreas específicas de especialidade e as crianças e as famílias são consideradas apenas como recipientes dos serviços.

Na **equipa interdisciplinar**, os profissionais realizam isoladamente as suas avaliações e intervenções mas têm o compromisso formal de partilharem as informações

acerca do processo de avaliação, do plano de intervenção e da intervenção. Cada membro da equipa observa a criança do ponto de vista da sua disciplina, mas as múltiplas perspectivas são integradas num plano de intervenção.

Na **equipa transdisciplinar**, os profissionais e as disciplinas estão integrados numa equipa. Por isso, tem sido, independentemente do local onde se realize, identificada como o modelo ideal para os serviços de atendimento às crianças com deficiência e às suas famílias (Garland e Linder, 1994).

Este tipo de trabalho em equipa não é novo. Foi desenvolvido em 1976 pela *United Cerebral Palsy National Collaborative Infant Project*. Este modelo tem duas características: a primeira é que o desenvolvimento da criança é visto numa perspectiva integrada e interactiva; a segunda característica é que o atendimento das crianças é realizado no contexto das suas famílias (McGonigel, et al. 1994).

A abordagem transdisciplinar implica um maior grau de colaboração entre os membros da equipa do que acontece nos outros modelos. A colaboração requer uma filosofia e um objecto comuns e decorre de um processo de resolução de problemas em que todos os membros da equipa, habitualmente de áreas diferentes, contribuem com o seu saber e as suas competências. A colaboração é inerente à equipa transdisciplinar porque os seus membros partilham as responsabilidades.

O primeiro propósito da equipa transdisciplinar é integrar os vários saberes dos seus membros, sendo portanto provável que os serviços proporcionados sejam abrangentes e que um menor número de profissionais intervenha diariamente com a criança. Outra característica deste tipo de equipa é o libertarem-se do papel (*role release*), que se refere ao sistemático ultrapassar de fronteiras tradicionais de cada disciplina (Orelove e Sobsey, 1991, cit por Bruder, 1996). Por exemplo a fisioterapeuta pode dar competências à educadora para posicionar e movimentar a criança com problemas neuromotores, ou o médico pode transmitir competências a todos os profissionais da equipa, para actuarem nas convulsões das crianças.

A implementação do processo de *role release* exige que os membros da equipa tenham bases sólidas da sua própria formação e uma grande compreensão dos papéis e competências das outras áreas profissionais.

No modelo transdisciplinar, o programa de intervenção da criança é essencialmente implementado por um só profissional ou por um número reduzido de técnicos com o suporte continuado dos outros membros da equipa. Se a criança tem necessidades de terapias, estas deverão ser integradas nas suas actividades quotidianas. Em determinadas circunstâncias, na equipa transdisciplinar, pode-se recorrer a serviços mais individualizados e específicos de uma disciplina.

As equipas são pois influenciadas pelo contexto organizacional em que trabalham e há várias variáveis que medeiam a eficácia das equipas dentro do sistema da Intervenção Precoce. No entanto a maior parte dos cursos de formação profissional negligenciam a preparação dos profissionais para trabalharem em colaboração com outros profissionais nas equipas (Bailey et al., 1990) e de um modo geral os profissionais recebem formação apenas nas suas áreas de especialização. Deste modo posicionam-se nas equipas mais como representantes da sua disciplina do que como elementos que colaboram com os outros elementos da equipa, (Sands et al., 1990, cit. por Bruder, 1996). A ausência de suporte organizacional para o trabalho em equipa é um problema importante e que engloba entre outros, a falta de tempo para as reuniões de equipa, para consultas de colaboração e falta de fundos para contratar novos membros necessários à equipa. Estas barreiras logísticas são muito importantes sobretudo em equipas jovens ou com falta de uma liderança forte.

No quadro 3 sintetizamos os modelos de trabalho em equipa, destacando os aspectos relativos à filosofia, participação da família, comunicação e modos de funcionamento da equipa.

Quadro 3: Definições de Trabalho em Equipe

	Multidisciplinar	Interdisciplinar	Transdisciplinar
Filosofia de Base	Os membros da equipa reconhecem a importância das contribuições das outras disciplinas.	Os membros da equipa estão aptos a desenvolver, partilhar e ser responsáveis por prestar serviços que fazem parte do plano de serviço global.	Há um compromisso por parte dos membros da equipa em ensinar, aprender e trabalhar em conjunto ultrapassando as fronteiras da sua disciplina específica de forma a implementarem um plano de serviços único.
Participação da Família	A família reúne-se com cada um dos membros da equipa.	A família reúne-se com a equipa ou seus representantes.	A família é um membro activo e participativo na equipa.
Avaliação	Os membros da equipa avaliam separadamente.	Os membros da equipa avaliam separadamente; podem no entanto utilizar um instrumento comum.	Os membros da equipa e a família, em conjunto, planificam e levam a cabo uma avaliação abrangente.
Definições de Metas	Os membros da equipa desenvolvem planos específicos de cada uma das disciplinas.	Os membros da equipa partilham os seus planos específicos uns com os outros.	Os membros da equipa e a família desenvolvem um plano de serviços baseado nas preocupações, prioridades e recursos da família.
Tratamento	Os membros da equipa implementam a parte do plano de serviços relacionados com a sua disciplina.	Os membros da equipa implementam a sua área do plano e incorporam outras áreas sempre que possível.	É designado um gestor para implementar o plano com a família.
Linhas de comunicação	Linhas informais.	Reuniões de equipa periódicas.	Reuniões de equipa periódicas em que os membros da equipa partilham sistematicamente informações, conhecimento e competências.

Adaptado de Woodruff, G. Hanson, C. (1987, cit por Winton, 1998)

4.1- Práticas de Ajuda Eficazes Centradas na Família

Na evolução da Intervenção Precoce a definição das práticas centradas na família tem-se tornado um aspecto muito importante. Quer a legislação quer as práticas recomendadas, referem a importância de uma abordagem centrada na família e cada vez mais os estudos procuram fundamentar tal prática. Uma forma de perceber o significado deste complexo constructo é o de analisar como o mesmo tem sido avaliado.

Tendo como objectivo compreender quais as atitudes, comportamentos e práticas de ajuda que se revelam eficazes no trabalho com a família, Dunst e Trivette (1988) desenvolveram uma investigação iniciada a partir de uma análise pormenorizada da literatura existente que referia as práticas dos profissionais que potenciassem as competências e tivessem repercussões no trabalho com as famílias (Dunst, Trivette, Davis e Cornwell, 1988, 1994). A referida análise possibilitou a identificação de cerca de 20 tipos diferentes de atitudes, comportamentos e práticas, os quais se enquadravam nos critérios anteriormente citados. Estas atitudes, comportamentos e práticas incluíam determinadas características consideradas como importantes e desejáveis, sendo as mais importantes as seguintes: sinceridade, interesse, honestidade e empatia, numa palavra, aptidões de escuta activa e reflexiva, sem esquecer a confidencialidade.

Para além destas atitudes, os comportamentos e práticas de ajuda que acabamos de referir foram também identificadas, no campo da ajuda, uma variedade de práticas com carácter menos típico que incluíram as percepções dos profissionais acerca das capacidades da família, práticas estas cuja ênfase é colocada nos pontos fortes e não nos pontos fracos, nas soluções em vez dos problemas que afectam as famílias. Incluídas nesta área estavam também:

- O envolvimento activo e participativo das famílias que recebiam os serviços no processo interventivo, procurando responder às necessidades e preocupações identificadas por estas;
- A disponibilização da informação necessária para que as famílias que recebiam ajuda pudessem fazer escolhas fundamentadas.

Com o objectivo de avaliar se uma ajuda eficaz tem um carácter unidimensional ou multidimensional, os 20 tipos de atitudes, comportamentos e de práticas identificados foram utilizados para dar origem a 40 itens possíveis, relativos aos vários tipos da práticas de ajuda. Os 40 itens tornaram-se a base para o desenvolvimento da *Helpgiving Practice Scale* - Escala de Práticas de Ajuda, (Trivette e Dunst, 1994).

Os itens que constituem a *Helpgiving Practice Scale*, estão pois orientados para a acção e enfatizam o reforço de capacidades já existentes e a promoção de novas competências por parte dos utentes dos serviços. A referida escala tem como objectivo avaliar duas dimensões das práticas de ajuda. A primeira dimensão, designada, pelos autores, por *envolvimento participativo*, é constituída pelos itens que têm sido descritos, na literatura, como constituindo tipos de práticas que envolvem de forma significativa os indivíduos nas trocas que se estabelecem entre prestadores e utentes dos serviços. Relativamente à segunda dimensão, os mesmos autores atribuem a designação *percepções dos profissionais/utentes dos serviços*. Esta dimensão é constituída por itens que se centram nas relações do utente com os prestadores de serviços e na avaliação que os primeiros fazem das percepções do prestador de serviços em relação ao utente.

Quanto à utilização da *Helpgiving Practice Scale* e segundo aquilo que é descrito pelos respectivos autores, a mesma tem sido utilizada em vários estudos. Os resultados indicam que os profissionais que recorrem a práticas de envolvimento participativo quase sempre demonstram possuir boas competências interpessoais e relacionais. O oposto nem sempre é verdadeiro, ou seja, os resultados dão conta de que existem muitos profissionais que apresentam boas competências interpessoais e relacionais, mas que não recorrem a competências de envolvimento participativo.

Uma outra investigação realizada no âmbito das práticas centradas na família, é referida por McBride e Brotherson (1997). Os autores num artigo intitulado *Guiding practioners toward valuing and implementing family-centered practices*, referem uma investigação que documenta alguns instrumentos desenvolvidos e utilizados na década de 90, com o objectivo de avaliar até que ponto os programas de Intervenção Precoce utilizam práticas centradas na família.

Ainda no mesmo artigo os autores referem os resultados de uma investigação efectuada por Murphy, Lee, Turnbull e Turbiville (1995) que identificou cerca de 12 instrumentos, utilizando um instrumento designado *The Family - Centered Program Rating Scale* - Escala de Avaliação de Programas Centrados na Família - Este

instrumento tem pois uma dupla utilização, ser utilizado para avaliar e monitorizar as mudanças no programa em direcção a práticas centradas na família e simultaneamente pode ser útil no desenvolvimento de competências profissionais. Este mesmo instrumento é também importante para ajudar os participantes a interiorizar os princípios das práticas centradas na família.

Um outro instrumento igualmente válido ajuda aos profissionais no sentido de determinar a dimensão pela qual as suas interacções, práticas e políticas são centradas na família é o instrumento designado "*Brass Tacks*" que foi desenvolvido por McWilliam e Winton (1992).

Relativamente à constituição deste último instrumento, não nos debruçaremos neste momento, uma vez que é um dos instrumentos utilizados por nós neste estudo e que será referido na parte dos métodos.

Do que tem sido referido, ao longo deste capítulo, pode concluir-se que a evolução das políticas e práticas, a nível dos Programas de Intervenção Precoce, tem vindo a definir-se cada vez mais em termos de uma abordagem centrada na família e nos serviços. Para tal necessário se torna uma coordenação dos serviços que tenha por base uma filosofia partilhada, isto é, uma abordagem em que as famílias estejam implicadas em cada um dos aspectos dos serviços e que vão desde a avaliação até aos cuidados prestados à criança, ao apoio dado à família, aos serviços terapêuticos ao responsável de caso, às reuniões de equipa e consultas, (Bailey et al. 1992).

5 – “O Ciclo de Intervenção”

Simeonsson et al. (1996) definem o processo de avaliação- intervenção dentro de uma perspectiva centrada na família, como um ciclo de actividades sequenciais que têm de ser completadas. Neste ciclo as expectativas que as famílias têm relativamente aos serviços e ao programa de intervenção são tidas em conta e merecem uma atenção especial.

O ciclo de intervenção proposto por estes autores tem as seguintes fases:

- 1 – Sinalização ou encaminhamento;
- 2 – Avaliação multidisciplinar;
- 3 – Plano de intervenção;
- 4 – Implementação e monitorização dos serviços;
- 5 – Avaliação dos resultados obtidos e da satisfação

INTERVENÇÃO PERSONALIZADA NA CRIANÇA E NA FAMÍLIA

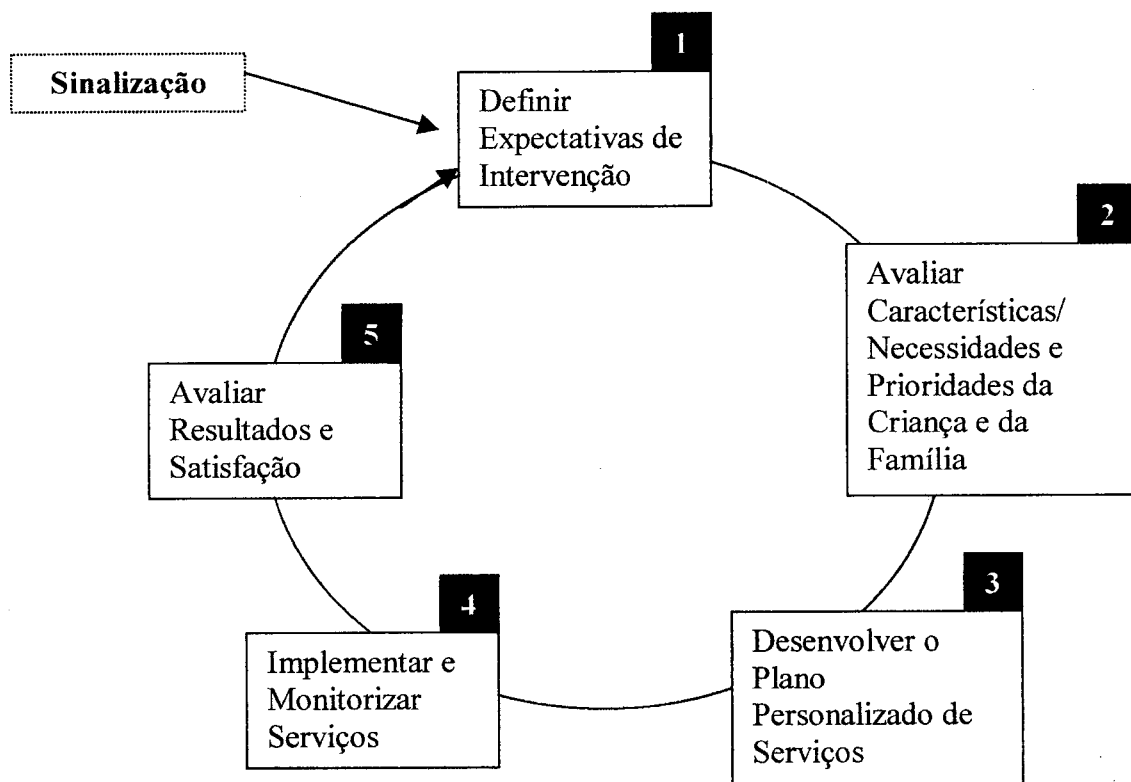


Fig. n.º1- Elementos do Ciclo de Intervenção. Adaptado de Simeonsson et al. (1996)

Estes elementos constituem uma sucessão de *encontros*⁸ da criança e da família com os serviços. Cada uma dos encontros é definido em termos de expectativas mútuas, papéis e actividades para os profissionais e para as famílias. A intervenção é identificada como um ciclo de actividades em que o objectivo é a realização completa de cada actividade que vai reflectir-se nos encontros seguintes da família com os serviços.

Para muitas famílias o encontro inicial com os serviços de Intervenção Precoce acontece a seguir ao momento da *sinalização*, no qual a criança foi identificada como tendo uma alteração do desenvolvimento ou uma situação de risco.

A família chega aos serviços com expectativas próprias e exclusivas para o encontro com os profissionais. Expressar e documentar estas expectativas no início da intervenção é muito importante, pois elas são fonte de informações que definem a individualidade de cada família e que podem ser usadas para confirmar objectivos mútuos, clarificar e/ou corrigir as expectativas irrealistas e servem ainda como uma referência para a prossecução e determinação da congruência entre as expectativas e os resultados. As expectativas podem ser documentadas quer através de entrevistas à família no momento da sinalização quer através de questionários mais estruturados e específicos para a avaliação e intervenção (Simeonsson, 1996).

A *avaliação multidisciplinar*, o segundo elemento do ciclo, coloca desafios importantes a muitas famílias. Neste encontro as famílias têm por vezes o receio de que as suas preocupações acerca do desenvolvimento e do comportamento dos filhos não sejam tidas em conta e que não sejam satisfeitas as suas expectativas relativas às informações e ao diagnóstico. Para aumentar as possibilidades deste encontro ser completo é importante que seja realizada uma avaliação abrangente relativamente às características, necessidades, recursos e prioridades da família e que permita a elaboração de um plano individualizado de intervenção.

⁸ Segundo Simeonsson (1999), *Encounter is a chance meeting; a direct, often momentary, meeting and to come upon face to face; come upon unexpectedly; to meet especially by chance*. Segundo este autor, que cita o Dicionário Webster de 1983, os *encontros* de que se fala em Intervenção Precoce têm algo desse aspecto ocasional, embora depois se amplie a sua reflexão e fale de "*Complete & Incomplete Encounters*". Simeonsson (1999), Curso ministrado na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, no âmbito do Mestrado em Intervenção Precoce.

Simeonsson et al. (1996) sugerem que as características da criança e da família podem ser documentadas através da recolha de dados demográficos, história da família, exame médico e exames complementares de diagnóstico e que se podem utilizar medidas para a caracterização específica das capacidades e dificuldades da criança e da família e da percepção da família acerca das suas funções e recursos. Estes autores propõem ainda como medidas: *ABILITIES Index*¹, *Family Needs Survey*², *Perceived Adequacy of Resources Scale*, *Functional Status III*, *Family Resource Inventory*³ e a administração de medidas globais de desenvolvimento como por exemplo: *The Bailey Scale of Infant Development II*⁴, *The Battelle Development Inventory*⁵ e sempre que se justifique a utilização de outros instrumentos para áreas específicas do desenvolvimento como por exemplo a área da linguagem, motora ou social.

A aplicação dos referidos instrumentos pode ser feita em colaboração com os pais. A síntese dos resultados da avaliação multidisciplinar deve permitir uma percepção integrada das prioridades de intervenção para a criança e para a família.

No terceiro elemento do ciclo – *plano de intervenção* – a família participa com os membros da equipa no desenvolvimento do plano individualizado de serviços.

Nos Estados Unidos, a Lei Pública 99-457 serve como guia para a elaboração do Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF)⁹. A partir das necessidades identificadas e dos recursos da criança e da família selecciona-se um ou mais objectivos assim como, em colaboração com a família, identificam-se os resultados esperados. Também se especifica a natureza, intensidade, frequência, forma e responsável do caso.

¹ ABILITIES Index (Simeonsson & Bailey, 1988) determina a funcionalidade global no julgamento clínico que produz um perfil em 9 áreas: audição; comportamento; inteligência; membros superiores e inferiores; comunicação; tonus; estado de saúde; visão.

² Family Needs Survey (Bailey & Simeonsson, 1988 rev. 1990) Frank Porter Graham, Universidade Carolina do Norte – Chapel Hill.

³ Family Resource Inventory (Leet & Dunst, 1988) in C. Dunst, C. Trivette, & A Deal, *Enabling and empowering families* – Cambridge, MA: Brookline Books.

⁴ Bailey Scales of Infant Development (BSID) (Bailey, 1969), são escalas que pretendem situar a criança a um determinado nível de desenvolvimento e a dimensão de qualquer desvio das expectativas normais. As BSID consistem em 3 componentes entre os 0 e os 30 meses.

⁵ Battelle Developmental Inventory (BDI) (Newborg, Stock, Winek, 1984) determina o desenvolvimento em 5 áreas: social; adaptação; motora; comunicação e cognitiva.

⁹ Tradução do IFSP americano, *Individualized Family Service Plan*.

O quarto elemento do ciclo de intervenção - *a implementação e monitorização dos serviços* - é um aspecto crucial ainda que muitas vezes ignorado na avaliação em Intervenção Precoce sobretudo entre nós. É importante que a implementação do programa e os serviços prestados sejam sistematicamente documentados para que possamos tirar inferências acerca dos factores que determinem respostas diferenciadas da criança e da família aos esforços de intervenção precoce, nomeadamente no que diz respeito aos objectivos atingidos e à satisfação dos pais neste processo.

Simeonsson et al. (1996) enfatizam o facto de a avaliação surgir assim, não só como uma actividade a levar a cabo no fim de uma intervenção planeada, mas sobretudo como um processo que implica a documentação e organização de dados para cada elemento do ciclo de intervenção. Há, no entanto, actividades avaliativas apropriadas no fim de cada intervenção - (re)avaliação - que permitam determinar até que ponto os resultados planeados foram atingidos, se se observaram outros efeitos e se esses efeitos e resultados podem com algum crédito ser atribuídos à intervenção. A documentação da avaliação deve incluir ainda sumários descritivos e dados obtidos em avaliações anteriores.

Como último elemento do ciclo de intervenção surge a *avaliação da satisfação da família* com a implementação do programa e com os serviços prestados e que avalia até que ponto os seus membros sentem que as suas expectativas quanto à intervenção foram atingidas. Este procedimento permite identificar limitações na prestação de serviços, conduzir a alterações nos serviços e monitorizar a qualidade.

Numa abordagem abrangente da avaliação a colaboração com a família consiste assim, numa forma prática de promover a implicação dos "outros significativos" para a criança em cada passo do ciclo de intervenção, constituindo este ciclo como um encontro completo para todos os participantes.

6 – Contextos de Intervenção

A natureza de Intervenção Precoce como processo é influenciada pelos sistemas e contextos nos quais ela ocorre (Thurman, 1997).

A considerável atenção dada à importância dos aspectos físicos do ambiente e aos seus efeitos na situação e progressos da criança (Bronfenbrenner, 1979 cit. por Bagnato e Neisworth, 1991) faz com que os contextos de intervenção, devam ser igualmente considerados ao analisarmos as práticas em Intervenção Precoce.

Ao avaliar-se a “ecologia” da vida da criança, devem considerar-se variáveis como contextos sociais, psicológicos e físicos. A avaliação destes componentes pode ser levada a cabo, segundo Bagnato e Neisworth, (1991) através de:

- Avaliação do funcionamento familiar geral, relações entre os pais e a criança, necessidades da família, preocupações ou questões directamente relacionadas com a criança;
- Avaliação dos aspectos físicos do ambiente (domicílio ou centro) nos quais é esperado que criança a funcione e se adapte com sucesso.

Os profissionais de Intervenção Precoce trabalham numa variedade de contextos pelo que o conhecimento das características únicas de cada contexto é importante para a eficácia da intervenção. Como tal, iremos debruçar-nos sobre os contextos de intervenção onde habitualmente decorre o apoio a bebés e crianças com necessidades especiais: domicílio, creche/infantário, jardim de infância e unidade de intervenção precoce.

6.1- Apoio domiciliário

De uma forma abrangente, podemos definir a intervenção domiciliária como uma abordagem na qual os serviços de apoio são prestados em casa da criança com necessidades educativas especiais, (Bailey e Simeonsson, 1988). A frequência das visitas pode variar entre uma vez por mês a uma ou duas vezes por semana, dependendo da disponibilidade dos técnicos e das condições da criança e família. Estes serviços são

habitualmente prestados a crianças com menos de 36 meses de idade embora em casos excepcionais se possa ultrapassar este limite de idade.

Verificam-se evidências consideráveis do valor dos serviços domiciliários especialmente nos E.U.A. Um exemplo é o Projecto Portage, que foi o primeiro modelo de Intervenção Precoce, domiciliária que demonstrou a sua eficácia na prestação de serviços (Shearer e Shearer, 1972).

Bailey e Simeonsson (1988) referem que a questão colocada por Gray e Wandersman em 1980: “Serão os programas domiciliários eficazes?”, deverá ser reformulada para: “Quais as características das intervenções domiciliárias que são mais eficazes nas diferentes áreas de competência, para que membros das famílias e em que contextos sociais?”

Assim o autor citado refere que o racional para o apoio domiciliário abrange três ordens de factores: características-chave do domicílio, participação das famílias no processo de intervenção e questões práticas levantadas pela implementação do programa e pela prestação de serviços.

Características-chave do domicílio

Tal como a família é actualmente vista como o centro dos serviços de Intervenção Precoce, o domicílio é visto como o centro da vida familiar (Mott, 1997). Os profissionais aos quais é dada a possibilidade de entrarem em casa das famílias têm a oportunidade de observar e participar em alguns dos momentos que ocorrem no seu círculo interno, no microssistema principal tal como é referido por Bronfenbrenner (1979). O domicílio é mais do que um espaço físico, é sobretudo um espaço social e emocional que reflecte valores, crenças, costumes e atitudes da família. Estas variáveis integram e sofrem mudanças ao longo do tempo e todas juntas proporcionam um contexto para a Intervenção Precoce tornando-se, muitas vezes, o enfoque dessas intervenções.

As características chave do espaço físico da casa incluem a sua localização na comunidade, os recursos materiais de que dispõe (mobília, brinquedos, livros), acessibilidade à comunidade, acessibilidade para pessoas com deficiências, espaço disponível, níveis de ruído, temperatura e questões relacionadas com a higiene, saúde e segurança. Cada uma destas características pode pois ter um impacto significativo na

capacidade da família para responder às necessidades específicas da criança e para beneficiar do apoio prestado pelos profissionais de Intervenção Precoce (Mott, 1997).

Para além dos aspectos físicos do ambiente familiar, as características sociais e emocionais tais como tamanho do agregado familiar, os padrões de interacção e os hábitos são também factores cruciais a considerar. Um avaliação cuidada e construtiva que tem em conta estes aspectos pode proporcionar uma maior funcionalidade na intervenção tornando-a consistente com o estilo de vida da família.

O autor citado indica aspectos logísticos que não devem ser descurados tais como a marcação das visitas domiciliárias em momentos convenientes para as famílias, a implicação de todos os prestadores de cuidados principais incluindo o pai bem como a identificação atempada de questões burocráticas, por vezes essenciais para a qualidade de vida da família.

Participação das Famílias

Segundo Bailey e Wolery (1992), o facto de os programas domiciliários disporem de curtos períodos de tempo para o contacto directo com as crianças leva a dar uma maior importância ao trabalho com os pais, no sentido de lhes fornecer linhas de orientação para a intervenção com os filhos. A este propósito, Zigler (1977), comentando a análise dos resultados de alguns programas de Intervenção Precoce referia: “(...) Sinceramente não acredito que 2 horas por semana façam alguma diferença na vida de uma criança. A verdadeira alavanca que produz estes efeitos está naquilo que o programa estimula a mãe a fazer com o seu filho”.

Alguns técnicos de Intervenção Precoce encaram o tempo com os pais como uma oportunidade para lhes dar informações sobre o modo como devem ensinar ou brincar com o seu filho. Noutros modelos, existe uma perspectiva mais abrangente sendo o profissional encarado como um prestador de apoio à família que explora as necessidades e prioridades do ponto de vista familiar. Como resultado, o profissional de Intervenção Precoce pode dispor de menos tempo para a intervenção directa com a criança.

Tal como já foi referido anteriormente, é essencial no trabalho com as famílias em casa que se respeite o papel que os pais querem assumir neste processo bem como as suas tomadas de decisão.

Considerações Práticas

Segundo Bailey e Simeonsson (1988) há diversas razões práticas para a opção por um apoio domiciliário. Estes autores referem questões como a dispersão geográfica das famílias, as características de saúde dos bebés e, ainda, as condições económicas das famílias como os principais obstáculos a deslocações frequentes destas a centros de intervenção. Os autores apontam também os custos mais baixos dos apoios domiciliários como uma vantagem relativamente a apoios dados em centros, na medida em que há uma menor despesa com materiais e uma maior rentabilização de recursos humanos.

Mott(1997) indica algumas estratégias que não devem ser descuradas quando se presta apoio domiciliário: uma identificação atenta de questões relacionadas com a diversidade cultural, a utilização de técnicas de comunicação eficazes e, claro está, o enfoque na família como um todo.

Bailey e Wolery (1992) apontam algumas desvantagens que podem estar inerentes ao apoio domiciliário. Por um lado, há normalmente um acréscimo de “trabalho” para os pais que podem não querer assumir tal responsabilidade ou simplesmente não disporem do tempo necessário. No entanto podem surgir sentimentos de culpa ou ansiedade nos pais que é necessário ponderar devidamente. Por outro lado, dado que as crianças permanecem em casa, os pais são poucas vezes “libertados” das suas responsabilidades como prestadores de cuidados. Também a necessidade de interacção social com os pares pode tornar o apoio domiciliário mais restritivo. Por último, os autores referem que os profissionais de Intervenção Precoce que prestam apoio domiciliário dispendem bastante tempo nas deslocações, tempo esse que poderia ser útil para a planificação do trabalho, fazer registos ou intervir com mais crianças.

Bailey e Simeonsson (1988) levantam ainda a questão das competências necessárias a um profissional que preste apoio domiciliário. Segundo os autores, deverá ter-se em conta que o apoio domiciliário implica habitualmente uma interacção mais próxima e frequente com os pais pelo que os profissionais são frequentemente confrontados com tarefas de educação de adultos, responsabilidades de aconselhamento acrescidas e exigências de gestão, nos casos mais complexos.

6.2- Apoio em creche/ jardim de infância

As creches ou infantários e os jardins de infância, são outros dos contextos onde os profissionais de Intervenção Precoce podem exercer a sua prática. A inclusão de bebés e crianças pequenas com deficiência nestes contextos prende-se com diversos factores. Em primeiro lugar, tal prática deve enquadrar-se num modelo de natureza relacional do desenvolvimento da criança Craig (1997). As relações entre os indivíduos e o meio ambiente são transaccionais, influenciando-se mutuamente num processo contínuo e dinâmico. Para crianças com deficiência, as características dos contextos pré-escolares podem afectar a forma como os défices em determinadas competências poderão ter impacto na participação destas crianças nos seus contextos naturais. Por outro lado, a inclusão desta crianças nos contextos regulares de educação põe quase sempre o problema das interações entre pares.

É pois muito importante que os profissionais de Intervenção Precoce procurem obter um conhecimento profundo acerca dos contextos e dos cenários onde as crianças com necessidades especiais se encontram, quer no que diz respeito aos aspectos físicos quer às expectativas (por vezes negativas) que os educadores de infância têm acerca destas crianças.

Um outro aspecto a considerar é a necessidade de conhecer o ritmo e as rotinas características da sala e do grupo de crianças, procurando articular de uma forma integrada, a intervenção com a dinâmica própria dos cenários de inclusão.

A colaboração entre profissionais implicados neste processo também exige tempo para planificação conjunta, avaliação, aconselhamento e apoio aos educadores (Craig, 1997). Deste modo, para além de uma intervenção directa com as crianças com necessidades educativas especiais, o papel dos profissionais de Intervenção Precoce alarga-se á intervenção com outras crianças e ao apoio ao pessoal da instituição.

Bailey e Wolery (1992), apontam algumas exigências específicas que se relacionam com a inclusão de crianças com deficiência. Em primeiro lugar, referem as dificuldades de transporte que se torna por vezes dispendioso dado que exige equipamento especial e pessoal suplementar para acompanhar as crianças. Por outro lado, o custo da frequência de uma creche também deve ser ponderado, sobretudo se tivermos em conta que as mesmas se encontram quase exclusivamente entregues a instituições privadas. Por último, a participação das famílias no processo de avaliação/intervenção pode ser reduzida, pois a disponibilidade de tempo é menor e há

maior dificuldade em compatibilizar os horários de trabalho dos pais com os horários dos técnicos.

Os autores acima citados referem também aspectos positivos da prestação de serviços de Intervenção Precoce em contextos regulares. Para além de um acréscimo de oportunidades de interacção com as outras crianças, o facto de as crianças com deficiência participarem em actividades de grupo e integrarem as rotinas da vida diária e de jogo da sala, irá facilitar a sua transição para os contextos escolares. Por outro lado, a opção pela inclusão em contextos formais pode ser a alternativa possível no caso de ambos os pais trabalharem.

6.3- Apoio em Unidades de Intervenção Precoce

O apoio em Unidades de Intervenção Precoce tem sido alvo de algumas polémicas e parece apresentar-se em contradição com alguns dos fundamentos conceptuais que hoje em dia se defendem em Intervenção Precoce: serviços centrados na família, prestação de serviços em contextos naturais e utilização de recursos da família e da comunidade na prestação de serviços.

A existência de Unidades de Intervenção Precoce parece enquadrar-se numa perspectiva segregadora, na medida em que estes contextos apenas existem devido às diferenças e necessidades especiais que determinadas crianças apresentam.¹⁰

Segundo Karabinos (1997), uma Unidade de Intervenção Precoce abrangente é um espaço especialmente equipado com profissionais especializados que trabalham com crianças com necessidades especiais. Estes especialistas geralmente incluem educadores de infância, terapeutas, psicólogos, assistentes sociais, médicos e enfermeiras. Após uma fase inicial de avaliação, em equipa, são programadas sessões individuais de intervenção com o técnico de Intervenção Precoce considerado como o mais indicado pela equipa. A participação dos pais nas sessões de intervenção destina-se sobretudo à aprendizagem de actividades desenvolvimentalmente apropriadas, posicionamento correcto, técnicas de alimentação e outras competências que possam ser utilizadas em casa.

¹⁰ Em Portugal, embora com outra filosofia e em contexto diferente existem – Salas de Intervenção Educativa Precoce.

Numa tentativa de ultrapassar o carácter segregador muitas vezes atribuído a este tipo de contextos, algumas Unidades de Intervenção Precoce procuram integrar nas suas actividades crianças com desenvolvimento normal, procurando deste modo normalizar as expectativas e possibilitar um ambiente mais integrado.

Capítulo III – Intervenção Precoce – Contributos da Educação Pré-Escolar e da Educação Especial

Nos dois primeiros capítulos deste trabalho tivemos oportunidade de aprofundar aspectos relacionados com o enquadramento histórico, legislativo e conceptual de alguns conceitos e modelos inerentes à implementação de programas e à prestação de serviços de Intervenção Precoce.

Neste capítulo procuraremos referir alguns dados relativos à Educação Pré-Escolar e à Educação para crianças e alunos com necessidades educativas especiais em Portugal, no sentido de obter uma melhor compreensão do contexto sociopolítico a partir do qual emergem orientações quanto à Intervenção Precoce.

A lentidão na criação de estruturas em Portugal, para a educação da infância, vem de longe. Só após a revolução de Abril e, mais tarde, com a entrada de Portugal na União Europeia, é que o país se moderniza de modo a acelerar a implementação de recursos, quer para as crianças dos 0 aos 3 anos quer dos 3 aos 6 anos de idade. Assim, é necessário ter em conta esta conjuntura se se quer fazer Intervenção Precoce.

Porque os serviços ainda não dão uma cobertura aceitável à população (14% para as crianças dos 0 aos 2 anos e 65% para as crianças dos 3 aos 6 anos), são necessários mais recursos humanos e materiais para implementar tudo isto. Por outro lado, dado que entre nós as crianças abrangidas pela Intervenção Precoce se encontram sobretudo na creche e no Jardim de Infância, é importante ter isso em conta na elaboração de uma lei referente a esta problemática¹¹.

Finalmente se tem sido difícil obter uma cobertura “miserável” para as crianças dos 0 aos 2 anos e uma sofrível para as crianças dos 3 aos 6 anos, (Bairrão, 1999) como equacionar o futuro da Intervenção Precoce entre nós?

Se estudos sobre a qualidade da Educação Pré-Escolar desenvolvidos por Bairrão em 1998 e 1999 referem que a qualidade da mesma ainda deixa muito a desejar uma questão que se nos coloca é a seguinte: “como será a qualidade da Intervenção Precoce em Portugal?”.

¹¹ No que diz respeito à cobertura actual em Educação Pré-Escolar em Portugal, os valores são os seguintes: 58% aos 3 anos, 72% aos 4 anos e 84% aos 5 anos.

1 – Breve Referência à Educação Pré-Escolar em Portugal

O grande arranque para a implementação no país de recursos a nível da educação da primeira infância ficou a dever-se, fundamentalmente, às instituições particulares de assistência, sendo de destacar que a evolução destes serviços acompanhou a sequência de acontecimentos políticos, sociais e económicos que caracterizam a História Portuguesa.

Depois da extinção das congregações religiosas ocorrida em 1834, surgem as primeiras instituições destinadas ao atendimento a crianças até aos 6 anos de idade. Segundo Gomes (1977), citado por Bairrão (1990) teria sido sob os auspícios de D. Pedro IV que, a “Sociedade das Casas de Asilo de Infância Desvalida”, teria criado entre 1834 e 1897, doze Casas de Asilo, cujo objectivo era *dar hospitalidade, educação e instrução às crianças pobres de ambos os sexos* (p. 37). Estas instituições pertenciam à iniciativa privada sobretudo à Misericórdia apresentando preocupações de cariz eminentemente assistencial, destinando-se essencialmente a crianças das classes mais desfavorecidas e circunscrevendo-se praticamente às grandes cidades.

Em 1882, por alturas das comemorações do centenário do nascimento de Froebel, é inaugurado em Lisboa o Primeiro Jardim de Infância oficial.

As ideias e os princípios educacionais de Froebel, juntamente com os de João de Deus, foram tidos como preocupação pelos responsáveis da Educação durante alguns anos, (Correia, 1981).

Moita (1991) considera que o pedagogo José Augusto Coelho, merece destaque especial, dado ter sido um dos primeiros pedagogos modernos, cujas obras são de extrema importância, no que respeita aos princípios fundamentais em que se deve basear um currículo para a “Escola Infantil”. Numa das suas obras refere como fundamentais as áreas do desenvolvimento psicomotor, emocional, social, estético e intelectual, acrescentando que a educação pré-escolar deveria proporcionar à criança experiências agradáveis, conforto, segurança e ter, ainda, preocupações relativas ao seu desenvolvimento social e preparação para as tarefas da escola primária.

Em 1896 no Boletim Oficial do Governo salienta-se a existência de algumas preocupações normativas tendo sido publicada legislação sobre a Educação Infantil, nomeadamente sobre os objectivos da educação pré-escolar e a formação de Educadoras. Embora se verifique este crescente interesse pela Educação da Infância, o poder de realização permanece muito aquém da abundante legislação saída, dado que o orçamento do Estado não era suficiente para resolver as exigências colocadas pela “Educação Infantil”.

Após a implantação da República, as vantagens da educação infantil são enaltecidas na medida em que esta representava uma preparação para o “estudo primário complementar”, sendo os seus objectivos cuidadosamente aprofundados pelo decreto n.º 198, de 25 de Agosto de 1911. Embora os homens da primeira República (1910-1926) tenham dedicado particular interesse à educação e nela à educação infantil, constata-se que os grande projectos ficaram por concretizar devido à instabilidade política, à crescente degradação económica e à alta percentagem de analfabetismo a qual, segundo Bairrão (1990) por volta de 1910, atingia cerca de 75% da população portuguesa.

Ainda segundo o autor, a elevada taxa de analfabetismo que se verificava na época levou a que os Republicanos estabelecessem como uma das suas principais prioridades, contribuir para a diminuição da alta taxa de analfabetismo, priorizando a criação de Escolas Primárias. Na sequência destes objectivos é publicada também legislação acerca da educação da infância, na qual se estabelecem os seus fundamentos, objectivos, programa e qualificações do pessoal envolvido, (Gomes, 1986; cit. por Bairrão, 1990).

O resultado prático destas medidas legislativas, quase não se fez sentir uma vez que segundo Gomes (1986) no período compreendido entre 1911 e 1937, apenas 1% das crianças era abrangida pela educação infantil. Apesar desta inexpressiva taxa de crianças abrangidas pela educação infantil assiste-se, durante o mesmo período, à emergência de algum interesse pela educação da infância. De ressaltar que datam desta época a abertura das primeiras escolas de Formação de Educadoras de Infância.

Com a alegação de que o alargamento da educação pré-escolar era financeiramente inoportável para o Estado e também porque a Constituição do Estado Novo (1933) tinha uma concepção diferente de educação, “atribuindo à família o encargo primordial da acção formativa”, o referido Estado Novo pouco fez pela

Educação Pré-Escolar. Em 1937, sendo ministro da Educação Carneiro Pacheco, a rede oficial e gratuita de jardins de infância foi praticamente extinta, sendo transferida para a dependência da “Obra Social das Mães pela Educação Nacional” (Costa, 1981).

Segundo a autora citada, a então criada “Obra das Mães pela Educação Nacional”, tinha como responsabilidade promover e assegurar, em todo o país, a educação da infância em complemento da acção da família funcionando assim como apoio efectivo ao ideário do governo.

O Ministério da Educação subtrai a sua responsabilidade, face à educação da infância, pelo que se irá assistir-se até à década de 70, a tomadas de iniciativa de diversos Ministérios designadamente, do Interior, das Corporações, da Previdência Social e da Saúde e Assistência.

Em 1944, a legislação que regulamenta os serviços de assistência social que incluíam as Casas da Criança (criadas em 1936 para as crianças até aos 6 anos) previa que a assistência à maternidade e primeira infância fosse feita através de um Instituto Maternal que teria funções diversas, nomeadamente a coordenação de creches e jardins de infância. Em 1945 cabe ao Instituto de Assistência à Família, fomentar a criação de estabelecimentos e serviços de assistência infantil. Nesta altura e no que diz respeito à faixa etária até aos 6 anos constata-se que o objectivo das iniciativas não era educacional, mas que visava fundamentalmente, a diminuição da mortalidade infantil, através de uma melhoria das condições de higiene e alimentação, desempenhando a enfermeira de saúde pública, um papel fundamental até porque, estes Ministérios não dispunham de pessoal especializado em educação infantil.

A partir de anos 60, as transformações de carácter social, económico, demográfico e político “forçam” mudanças no que respeita às políticas das crianças em idade pré-escolar. Refira-se a este propósito um estudo (1964), encomendado pelo Ministro Galvão Teles sobre a Educação Infantil. O relatório final do estudo, terminado em 1966, tinha como objectivo contribuir para um Plano Geral de Educação Nacional, mas que nunca chegou a ser publicado.

Do que foi anteriormente referido, pode inferir-se que até por volta de 1966, a maior parte das instituições de atendimento a crianças em idade pré-escolar não tinham objectivos educacionais e dado que parte significativa dos profissionais não possuía

qualificações especiais a acção dessas estruturas visava como fins prioritários os cuidados e as necessidades mais básicas das crianças (Bairrão, et al. 1990).

Em 1967 começa a surgir pouco a pouco a preocupação pela educação pré-escolar que alguns políticos da época consideravam “elemento importante na formação da criança”, (Gomes, 1986)). É neste contexto que em 1971, no âmbito do Projecto do Sistema Escolar, se prevê a criação da educação pré-escolar oficial e a criação de escolas de formação de educadores de infância.

Depois de um grande debate desenvolvido a nível nacional, em Julho de 1973 a educação pré-escolar é de novo reintegrada no Sistema Educativo. Mantém-se, no entanto, um maior protagonismo das instituições particulares, nomeadamente as de solidariedade social, verificando-se que entre o ano de 1973 e 1974 apenas cerca de 10% das crianças em idade pré-escolar estariam a frequentar estabelecimentos oficiais (Moita, 1991). A percentagem de crianças abrangidas comparativamente a outros países da Europa, em igual período, era considerada muito baixa.

Ainda em 1973 é publicado a Lei nº 5/73 que define a nova estrutura do Sistema Educativo português, reconhecendo a educação pré-escolar como parte integrante do sistema educativo e definindo a instituição das Escolas Normais de Educação de Infância para a formação de educadoras. O Ministério da Educação passa a ser o responsável pela definição das normas de funcionamento dos jardins de infância, bem como pela organização de “programas educativos para esclarecimento das famílias”.

A Lei n.º 5/73 no seu ponto 1, define os objectivos da educação pré-escolar, salientando-se a preocupação com o desenvolvimento da criança no domínio da motricidade, da afectividade, da curiosidade, observação, compreensão do mundo que a rodeia, integração no grupo, da comunicação e da criatividade. Ainda neste ponto 1 se preconiza a intervenção de entidades várias, no diagnóstico e tratamento de deficiências, inaptações ou precocidades reveladas pelas crianças.

No ponto 4 da mesma legislação é atribuída à educação pré-escolar, a condição de suplemento da educação familiar, sendo no ponto 5 referido que a generalização da educação pré-escolar seria obra da intervenção directa do Estado e/ou de entidades particulares.

Analisando atentamente o conteúdo da Lei n.º 5/7, verificamos que esta apresenta uma atitude diferente daquela outra observada na “Reforma Veiga Simão” (1973). Para além da função “compensatória” relativamente às discrepâncias socioeconómicas, é realçada nesta lei a necessidade do jardim de infância funcionar em articulação com as comunidades facto que começa a ter um grande peso pelo menos ideologicamente em Abril de 1974, tendo implícita a existência de uma participação mais activa dos pais e de outras pessoas da comunidade, na vida escolar das crianças.

A revolução de 1974 que restituiu aos portugueses os direitos políticos e cívicos que a ditadura longa de quatro décadas havia sonogado, elegeu como fundamental o direito de acesso à educação a todos os portugueses, independentemente das suas diferenças étnicas, religiosas ou socioeconómicas. Assim num quadro de democratização da educação não podia ser ignorada a educação pré-escolar. Assim, em 1977, foi criado o Sistema Público de Educação Pré-Escolar, já preconizado na Constituição de 1976. A Constituição vem permitir ao Ministério da Educação a criação de Jardins de Infância uma vez que os poucos até então existentes ou eram pertencentes a Associações da própria comunidade, ou pertenciam ao Instituto de Obras Sociais ou à Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

Ainda em 1977, são definidos os critérios de implantação de equipamentos sociais, passando a ser necessário para a criação de um Jardim de Infância a existência de uma população infantil superior a 20/25 crianças. Considerou-se ainda como prioritárias as localidades com alta percentagem de trabalho feminino e/ou com elevado índice de mortalidade infantil (Correia, 1981). No ano seguinte é autorizado o funcionamento de salas de educação pré-escolar em locais onde as autarquias cedessem e equipassem para tal efeito.

Simultaneamente definiram-se os objectivos da educação pré-escolar que se consubstanciavam em garantir a igualdade de oportunidades às mulheres profissionalmente activas, generalizar a toda a população a frequência das estruturas pré-escolares com o propósito de *atenuar as diferenças socioeconómicas e culturais, promover o bem-estar social e desenvolver as potencialidades das crianças*, (Decreto-Lei n.º 542/79), também designado por “Estatuto dos Jardins de Infância”.

Se bem que tenha sido sempre definido pelo Ministério da Educação a necessidade de Planificar a rede institucional de educação de infância em conjunto com

o Ministério da Segurança Social, a coordenação entre os dois ministérios não chegou a concretizar-se. O início do funcionamento da rede pública de educação pré-escolar no Ministério da Educação implicou a coexistência de duas redes institucionais paralelas, uma centrada sobretudo nas questões educativas e outra que continuou essencialmente centrada nas questões de ordem social.

Segundo Bairrão et al. (1990), as taxas de cobertura da rede pré-escolar e a caracterização da população recolhidas em 1984 apontavam para os seguintes valores:

- A percentagem de crianças com idade entre os 3 e os 6 anos abrangidas em algum tipo de serviços de cuidados infantis é muito superior à das crianças com idades dos 0 aos 3 anos, respectivamente, 32,1% e 15,8%.
- Embora se verifique um aumento significativo de jardins de infância da rede pública do Ministério da Educação a partir de 1979/80, em 12 dos 18 distritos do país a taxa de cobertura dependente do Ministério do Emprego e Segurança Social é superior à rede pré-escolar dependente do Ministério da Educação.
- Existem discrepâncias em vários distritos entre algumas taxas de cobertura pré-escolar e a informação recolhida acerca das necessidades das famílias, no que diz respeito a esses serviços.

Em 1986 a aprovação da Lei de Bases do Sistema Educativo, Lei n.º 46/86 de 14 de Outubro, preconizava que todos os portugueses têm direito à educação e cultura, sendo da responsabilidade do Estado *promover a democratização do Ensino, garantindo o direito a uma justa efectividade de oportunidade no acesso e sucesso escolares*. A referida lei, estabelece ainda que a educação pré-escolar *é complementar e/ou supletiva da acção educativa da família*, competindo ao Estado, *assegurar a existência de uma rede de educação pré-escolar* e que esta *é facultativa no reconhecimento de que à família cabe um papel essencial no processo da educação pré-escolar*. Dado este carácter facultativo da educação pré-escolar, a Lei de Bases não estipula qualquer desenvolvimento curricular nem avaliação, definindo apenas os seus objectivos gerais. De salientar ainda, a ênfase que no contexto desta legislação é atribuída à família, na medida em que é reconhecido o seu “papel essencial neste processo de educação”, em articulação com os profissionais envolvidos na educação pré-escolar, (Lemos, 1986).

Relativamente às crianças entre os 3 e os 6 anos, entre 1986 e 1994, as responsabilidades dividiam-se entre o Ministério da Educação e o Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Em 1994 verifica-se uma política governamental de transferência da tutela educativa da educação pré-escolar para o Ministério da Educação e simultaneamente assiste-se a um grande esforço de alargamento da rede pública da educação pré-escolar, a qual segundo uma recomendação expressa pelo Conselho Nacional de Educação, através do Parecer n.º1/94, preconiza o alargamento da frequência a cerca de 80/90% das crianças, entre os 3 e os 6 anos, até ao final do ano 2000.

Apesar do que é explicitamente recomendado pela Lei de Bases e pelo Conselho Nacional de Educação sobre a expansão da rede pré-escolar, o Ministério da Educação adopta uma política de reforço do investimento na área da educação pré-escolar, mas no entendimento de que este investimento não deverá ser assumido unicamente pela educação. Como proposta, são encetadas negociações com autarquias e instituições particulares de solidariedade social, no sentido de se encontrarem formas de fazer crescer o sector, dividindo de alguma forma as responsabilidades e os custos. Neste âmbito, o Ministério da Educação, assume o pagamento da componente educativa pré-escolar mas sem assumir a gestão dos espaços, convencido de que a expansão do sistema pode ser efectuada através da celebração de protocolos e contratos-programa com entidades promotoras prevendo um acréscimo de cerca de 35.940 crianças no sector.

De facto, esta lógica do Ministério da Educação se é pragmática a nível da poupança do investimento do Estado, parece pouco coerente por pouco eficaz, com a finalidades consignadas à democratização da educação pré-escolar. Como tal o Estado por um lado, reconhece que a frequência da educação pré-escolar é importante para o desenvolvimento escolar posterior, mas por outro lado, não só não apoia como não controla técnica ou pedagogicamente os jardins de infância tutelados pelo Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social do sector privado, pelo que o que prevalece ainda uma atitude assistencial. Ora, nos vários discursos, oficiais ou outros, produzidos no pós-25 de Abril se tem afirmado que a educação pré-escolar a par de funções sociais tem que cumprir também funções educacionais. Os jardins de infância que “apenas

guardam crianças” esquecem a função de preparação para a entrada na escola. Já em 1990 Bairrão et al., consideravam que enquanto os jardins de infância tutelados pelo Ministério do Emprego e da Segurança Social, actual Ministério do Trabalho e da Solidariedade, tinham subjacente um modelo de prestação de cuidados assistenciais, nos tutelados pelo Ministério da Educação estava subjacente um modelo educacional.

Cordona (1997) refere que o panorama no que diz respeito à rede pré-escolar nos anos 90, continua a ser muito diferenciado, existindo no país diferentes tipos de instituições, com diferentes concepções educativas subjacentes:

Instituições dependentes do Ministério da Educação (para as crianças dos 3 aos 6 anos de idade)

- Pertencentes à rede pública do Ministério da Educação (gratuitas, com o horário semelhante ao das escolas do 1º ciclo ensino básico).
- Instituições autárquicas (criadas pelas autarquias, com um funcionamento semelhante às instituições da rede pública do Ministério, sem contudo serem equiparadas a esta).
- Privadas com fins lucrativos (com horários de funcionamento na sua maioria mais alargados que os das instituições da rede pública do Ministério).

Instituições dependentes da Segurança Social (crianças dos 0 aos 6 anos)

- Oficiais (destinadas prioritariamente aos filhos dos funcionários, com mensalidades calculadas a partir dos vencimentos dos pais e com uma média de 10 horas diárias de funcionamento).
- Instituições privadas de Solidariedade Social (instituições subsidiadas, sem fins lucrativos, com mensalidade calculadas a partir dos vencimentos dos pais e com uma média de 10 horas diárias de funcionamento).
- Instituições privadas com fins lucrativos para crianças dos 0 aos 3 anos (não gratuitas com horários de funcionamento variáveis).
- Creches familiares (grupos de amas que recebem nas suas casas crianças dos 0 aos 3 anos, dependentes de uma instituição e apoiadas pelos Centros Regionais de Segurança Social).

Instituições dependentes de outros ministérios (crianças dos 0 aos 6 anos)

- Destinadas aos filhos dos funcionários, com mensalidades calculadas a partir dos vencimentos dos pais, com uma média de 10 horas diárias de funcionamento. Este tipo de instituições tem pouca representatividade, existindo apenas nas principais cidades do país.

Embora com algumas excepções, os programas pré-escolares actualmente existentes podem dividir-se segundo Bairrão e Tietze (1995), de um modo geral, em duas grandes categorias:

- Programas orientados para o bem-estar social da criança e família;
- Programas destinados a complementar e enriquecer as experiências educativas da criança.

Importa ainda referir o estudo desenvolvido sob responsabilidades dos autores citados acerca da situação da Educação Pré-Escolar nos diversos países da Comunidade Europeia que enfatiza como uma das principais recomendações, a necessidade de incrementar o envolvimento familiar na Intervenção Precoce.

Do percurso que referimos, ainda que de uma forma breve, sobre a evolução da Educação Pré-Escolar entre nós alguns pontos de reflexão emergem. Entre outros consideramos pertinente realçar o que em nosso entender se relaciona com a problemática em estudo e que tem a ver com a falta de medidas capazes dada a desorganização, ineficácia e de constrangimentos financeiros subjacentes à implementação da Educação Pré-Escolar desde os seus primórdios até à actualidade. Se este foi um processo lento, o que esperar da recente Lei da Intervenção Precoce.

Em 1997, o Ministério da Educação introduz mudanças significativas nas políticas de apoio educativo, entre as quais salientamos a educação pré-escolar. Neste campo, é de salientar a publicação da Lei-Quadro da Educação Pré-Escolar, designada por Lei n.º 5/97. Um aspecto positivo a realçar é o facto de a Educação Pré-Escolar passar a ser considerada como a primeira etapa da educação básica definindo que o Ministério da Educação passe a assumir a tutela pedagógica de toda a rede institucional. Dos objectivos definidos nesta legislação gostaríamos de enfatizar aquele em que é feita uma referência à Intervenção Precoce considerando que é objectivo da educação pré-

escolar proceder à despistagem de inadaptações, deficiências ou precocidades e promover a melhor orientação e encaminhamento da criança.

Igualmente como referimos a cobertura aumenta consideravelmente.

2 – Breve referência à Educação de Crianças e Alunos com Necessidades Educativas Especiais em Portugal

Não sendo nosso objectivo proceder a um historial aprofundado da dita Educação Especial entre nós propomo-nos, apenas, caracterizar algumas linhas do percurso da Educação Especial em Portugal, desde os primeiros passos até aos nossos dias e nesse percurso referir a evolução da Intervenção Precoce entre nós.

Em Portugal é possível dizer que as primeiras tentativas de educação dos “deficientes”, nomeadamente de crianças com deficiência auditiva, ocorreram no século XVI. No entanto só mais tarde, por volta de 1822 é que a problemática da educação de crianças com deficiência se coloca num plano de medidas asilares embora de forma muito reduzida.

Nessa altura é criado o Instituto de Surdos-mudos e Cegos, localizado no palácio do Conde de Mesquita e transferido em 1827 para a tutela da Casa Pia. Em 1863, é fundado o Asilo de Cegos Nossa Senhora da Esperança, em Castelo de Vide que embora inicialmente se destine a cegos idosos, passa mais tarde também a receber crianças e adolescentes. No ano de 1888, é criado por Madame Sigaud, em Lisboa, o Asilo – Escola António Feliciano de Castilho para crianças de ambos os sexos¹². Três anos mais tarde é fundado por José Rodrigues em Lisboa, um instituto para cegos e em 1903 é também fundado no Porto o Instituto S. Manuel com os mesmos fins.

Pode assim comprovar-se a preocupação existente na época em prestar assistência de carácter caritativo ou educativo, às crianças com deficiência.

¹² Para se ver a lentidão com que em Portugal se promoveram recursos para deficientes está bem patente no facto que só em 1983, um novo instituto para surdos é criado no Porto, existindo ainda nos nossos dias com o nome do seu fundador: José Rodrigues Araújo.

Em 1916, é criado o Instituto Aurélio da Costa Ferreira dependente do “Ministério da Instrução”. Anos depois foi definido em 1926 como centro orientador e coordenador de serviços e estava vocacionado para a observação e ensino dos alunos da Casa Pia que apresentavam deficiência mental, bem como perturbações mentais e/ou de linguagem e que recorriam às suas consultas externas. Estas actividades são interrompidas em 1935, reabrindo posteriormente em 1942, (Costa, 1981).

Em 1946, começa a funcionar o Dispensário de Higiene Mental Infantil, tendo como funções a observação e orientação pedagógica de menores com “anomalias mentais” assim como a formação de docentes e técnicos e ainda o estudo nos campos médico-pedagógico e psicossocial. É também em 1946 que são criadas as “classes especiais de anormais”, junto das Escolas Primárias, que no contexto da educação regular, procuram dar resposta a crianças com dificuldades de aprendizagem.

Em 1952, a legislação dispensa as crianças portadoras de deficiência de frequentar a escola, mediante a apresentação de um atestado médico comprovativo da sua deficiência. Restavam apenas e até meados dos anos 60, as instituições de carácter assistencial no atendimento às crianças com deficiência. A maior parte das crianças e jovens com deficiência ficavam portanto aos cuidados exclusivos da família, havendo uma enorme desresponsabilização do Ministério da Educação. Só nos finais dos anos 60 se inicia uma maior intervenção oficial no campo da Educação Especial, (Veiga, 1995).

Em 1968 através do Instituto de Assistência aos Menores (IAM), incluído na Direcção Geral da Assistência Social, são criados os Serviços de Educação dos Deficientes, consistindo a sua acção na criação de estabelecimentos oficiais e na remodelação de outros privados já existentes, através do estabelecimento de acordos de cooperação. Estes estabelecimentos visavam o atendimento de crianças em idade escolar portadoras de deficiência mental, auditiva e visual e ainda prestavam apoio precoce e formação para professores. Deve também destacar-se a criação do Serviço de Orientação Domiciliária criado com a finalidade de apoiar a nível nacional pais e crianças entre os 0 e os 6 anos, (Costa, 1981).

No início da década de 70, começa a assistir-se a um conjunto de iniciativas tendentes à integração das crianças e jovens nas estruturas regulares de ensino em consequência da designada “Reforma de Veiga Simão” que integrou pela primeira, vez

no âmbito dos objectivos da educação em geral, o atendimento das crianças com deficiência.

Com a reforma de 1973, inicia-se uma nova fase na Educação Especial em Portugal, verificando-se uma maior responsabilização por parte do Ministério da Educação, o qual passa a assumir, progressivamente, o sector da Educação Especial. Em 1973, são criadas as Divisões do Ensino Especial do Básico e do Secundário (DEEB/DEES) e em 1976, as *Equipas de Ensino Especial Integrado*, que têm como objectivo: *Promover a integração familiar, social e escolar das crianças e jovem com deficiência sensorial e motora*, (Costa, 1999).

Contudo, o trabalho desenvolvido por estas Divisões não contemplava os jovens com deficiência mental, pelo que as Escolas Especiais tinham a seu cargo estes alunos e funcionavam como um sistema educativo paralelo. Em 1975, a Divisão do Ensino Especial da Direcção Geral de Ensino Básico dá apoio técnico e financeiro a estas escolas especiais em virtude de constituírem o único recurso educativo para estes indivíduos.

Assiste-se nesta década ao desenvolvimento de um sistema de educação separado para crianças com deficiência em escolas específicas, levando por outro lado à criação de um amplo movimento que adquire forma e força no que respeita à defesa do respeito pelos princípios consignados na Constituição da República Portuguesa de “direito à educação e cultura para todos” e do “direito à diferença”.

A Constituição da República Portuguesa, em sintonia com a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), estipula os direitos e deveres das crianças e jovens portadores de deficiência e nela o Estado obriga-se a assegurar a integração, a reabilitação, a educação e o êxito escolar sem excepção. O respeito pela dignidade humana aparece como pilar fundamental de toda a concepção dos direitos e deveres dos cidadãos.

Nos finais dos anos 70, foram criados os Serviços de Apoio às Dificuldades de Aprendizagem (SADA). Estes serviços, essencialmente dirigidos às dificuldades de aprendizagem, foram uma iniciativa importante e inovadora. São de realçar as primeiras acções educativas de orientação aos professores e de apoio às escolas, mais do que o apoio directo ao aluno. Nestas acções foram integrados psicólogos numa perspectiva

interdisciplinar. Em 1988 estes serviços foram extintos, por terem sido considerados em sobreposição com as Equipas do Ensino Especial, não chegando contudo a ser avaliados (Bairrão, 1998).

A fim de dar continuidade ao trabalho que estava a ser desenvolvido nas Divisões de Educação Especial (DEE) do Ministério da Educação, são criadas em 1976 as Equipas de Educação Especial, vulgarmente designadas por EEE, as quais apenas em 1988 são legalmente reconhecidas, sendo o seu objectivo genérico é *contribuir para o despiste, a observação e o encaminhamento, desenvolvendo o atendimento directo, em moldes adequados de crianças com necessidades educativas decorrentes de problemas físicos ou psíquicos*. (Desp. Conj. 36/SEAM/SERE/88). Estas equipas estavam vocacionadas para o atendimento de crianças/alunos com necessidades educativas especiais que apresentem padrões de crescimento e desenvolvimento diferentes e que devido a isso necessitavam de uma ajuda especial nas aprendizagens. Estas equipas exerciam a sua acção no desenvolvimento de respostas educativas baseadas em modelos diversificados de apoio pedagógico, tais como:

- Salas de apoio permanente
- Salas de apoio temporário
- Apoio domiciliário

Estes modelos de apoio desenrolaram-se em regime fixo ou variável, com uma periodicamente que dependia da disponibilidade dos técnicos e das necessidades das crianças e dos professores. Esta primeira fase de integração diz respeito unicamente aos alunos portadores de deficiência visual, auditiva ou motora com capacidades para acompanharem os currículos escolares normais. O apoio educativo é centrado essencialmente no próprio aluno pretendendo-se que a sua presença na sala de aula não interfira na organização e desenvolvimento do processo educativo. A partir da década de 80, processam-se profundas transformações nesta concepção um tanto restrita de *educação integrada*, passando a defender-se a generalização do direito à escola regular para os alunos. Por um lado, é adoptada entre nós a designação de *Dificuldades de Aprendizagem*, noção importada dos E.U.A a partir de anos 60 e altamente controversa. Tal entidade incluiu todas aquelas crianças que não aprendem, sem que se encontrem razões socioeconómicas de doença ou de alteração neurológica evidente ou outra que tal justifique (Felgueiras, 1994).

Em 1978, com a promulgação do *Warnock Report* introduz-se o conceito de “necessidades educativas especiais”. Passa então a entender-se a Educação Especial como um contínuo de necessidades especiais de educação deixando de interessar, do ponto de vista educativo, as características diagnósticas tão enraizadas no modelo tradicional, (Pereira, 1999). É nesta legislação inglesa de anos 70 que o nosso Decreto Lei n.º 219/91 se inspira.

Em 1979, é aprovada pela Assembleia da República, a Lei n.º 66/79, que define os princípios da Educação Especial. Esta lei era bastante inovadora mas, devido, à ausência da sua regulamentação permitiu a existência de um estado de transição em que a responsabilidade permaneceu partilhada entre o Ministério dos Assuntos Sociais e o Ministério da Educação.

A década de 80 caracterizou-se pela adopção clara de uma política de integração de crianças e adultos na sociedade e pela definição do regime de integração embora sem grandes resultados práticos.

A publicação da Lei de Bases do Sistema Educativo (LBSE) - Lei nº 46/86 - foi um passo importante de natureza legislativa relativamente à Educação Especial, pois deu segurança e suporte legal a algumas iniciativas das direcções gerais. A referida lei, define como objectivos, a *recuperação e integração sócio educativas dos indivíduos com necessidades educativas específicas devido a deficiências físicas e mentais*. Neste sentido refere algumas orientações de carácter estrutural, preconizando a existência de um único Ministério - O Ministério da Educação - na orientação e coordenação política da educação especial, independentemente da responsabilidade da sua realização por parte de outros ministérios. Esta legislação salienta claramente a importância da integração das crianças com necessidades educativas especiais em estabelecimentos regulares de ensino, com implicações na adaptação curricular e formas de avaliação adequadas à especificidade de cada criança, (Costa, 1995).

Relativamente à organização da Educação Especial, no artigo 18º, é ainda dito: “A Educação Especial organiza-se preferencialmente segundo os modelos diversificados de integração em estabelecimentos regulares de ensino, tendo em conta as necessidades de atendimento específico e com os apoios de educadores especializados. Apenas quando comprovadamente o exijam o tipo e o grau de deficiência do educando, a Educação Especial processar-se-à também em instituições específicas”.

Estar integrado deixa assim de ser sinónimo de “acompanhar o currículo normal” e a ampliação dos serviços educativos a estas crianças vai implicar muitas alterações nas estruturas educativas, com enormes consequências quer na organização das estratégias de intervenção do professor de apoio quer e fundamentalmente, no papel da própria escola e dos professores do ensino regular, (Correia, et al., 1999). Relativamente às crianças dos 0 aos 3 anos a intervenção continua circunscrita aos Centros Regionais de Segurança Social que em 1986 já tinham tomado medidas quanto ao atendimento de crianças com necessidades educativas especiais nesta faixa etária, (Veiga, 1995).

Decorrentes da Lei de Bases do Sistema Educativo, são publicados vários diplomas que consagram medidas de actuação junto da criança com necessidades educativas especiais. Entre outros citamos:

- Decreto-Lei n.º 35/90, de 25 de Janeiro, o qual determina que as crianças com deficiência têm o mesmo direito que as outras crianças a serem educadas. Esta lei veio consolidar aquilo que já estava consolidado em toda a Europa - a escolaridade obrigatória nalguns países desde o início do século XX. Esta disposição é particularmente importante uma vez que, até aí, todos os diplomas continham sempre normas que, de um ou de outro modo, dispensavam da escolaridade os alunos com deficiência e perpetuavam uma ambiguidade cómoda para a administração da educação que assim se desresponsabilizava da educação de muitas crianças.
- Decreto-Lei n.º 190/91, de 17 de Maio, destinado a regulamentar os Serviços de Psicologia e Orientação (SPO), estrutura já prevista na Lei de Bases, os quais se constituem como, *unidades especializadas de apoio educativo, integradas na rede escolar, desenvolvendo a sua acção nos estabelecimentos de educação pré-escolar e dos ensinos básico e secundário*. Na consecução destes objectivos e atribuições, os SPO deveriam centrar a sua acção na identificação e acompanhamento de crianças com inaptações, deficiências e precocidades,

articulando modalidades de compensação educativa e ensino especial, entre outras actividades¹³.

Outro marco legislativo importante foi o Decreto-Lei nº 319/91, de 23 de Agosto. Este novo diploma deve ser entendido no contexto geral da reforma do sistema educativo em curso e é constituído por orientações que são aplicadas aos alunos com necessidades educativas especiais que frequentam os estabelecimentos públicos de ensino dos níveis básico e secundário. Embora não faça qualquer referência às crianças entre os 0 e os 6 anos de idade, os pressupostos subjacentes a esta legislação parecem traduzir alterações importantes na percepção das crianças com necessidades educativas especiais, nos princípios orientadores e na organização de propostas de intervenção, concretamente ao nível do 1º e do 2º ciclo de escolaridade.

Assim, são preconizadas medidas adequadas às necessidades educativas especiais para as crianças e alunos a que pressupõe um conhecimento aprofundado e abrangente da realidade dos contextos da sua vida. O papel dos pais começa a ser valorizado, sendo os seus direitos reconhecidos nas tomadas de decisão acerca das oportunidades proporcionadas aos seus filhos. Esta legislação defende ainda que, se há uma criança com necessidades educativas especiais, é exigível a intervenção de uma equipa multidisciplinar, nomeadamente para a elaboração do Plano Educativo Individual (PEI).

Em 1994 a Declaração de Salamanca, reafirmando as Normas das Nações Unidas sobre a Igualdade de Oportunidades para as Pessoas com Deficiência (1993) cria uma profunda reforma nos sistemas educativos. O texto apela a todos os governos e incentiva-os a adoptar, o princípio da educação inclusiva, admitindo todas as crianças nas escolas regulares a não ser que haja razões que obriguem a proceder de outro modo, (Bairrão et al., 1998). Nesta perspectiva de atendimento a política de integração /inclusão vai ao encontro dos princípios orientadores definidos.

O Despacho Conjunto nº 105/97, de 1 de Julho, veio extinguir as Equipas de Educação Especial, as quais funcionaram até 1977. Ao extinguir as Equipas de Educação Especial pensava-se que deste modo estava aberto o caminho para a igualdade de oportunidades, cabendo à escola a procura da resposta educativa mais adequada aos problemas apresentados pelos alunos.

¹³ A legislação actual prevê no Decreto Lei nº 115, Serviços Especializados de Apoios Educativos e os SPO integrados numa única estrutura.

Ao acabar com uma estrutura o Desp. Conj. nº 105/97 criou uma outra estrutura que de entre muitas outras tarefas compete-lhe estudar as estruturas locais de modo a promover a interacção entre as mesmas, tendo como objectivo procurar as melhores respostas às necessidades educativas especiais. Esta nova estrutura designa-se de Equipa de Coordenação de Apoios Educativos.

De entre as mudanças na organização da prestação de apoios às crianças com necessidades educativas especiais, decorrentes da aplicação do Desp. Conj. nº 105/97, destacam-se: a colocação de professores de apoio nas escolas; a criação de equipas de coordenação em geral com carácter concelhio; a valorização da colaboração com os órgãos de gestão e a colaboração pedagógica na escola; a substituição da estratégia do trabalho de apoio ao aluno pela estratégia de apoio ao professor, ao conselho de turma, à escola no seu conjunto e à família.

Conhecem-se críticas que têm sido formuladas e se relacionam com alguns aspectos da concepção do despacho e da sua aplicação no terreno. Algumas destas críticas têm a ver com o facto do despacho não ter sido precedido de uma avaliação das respostas educativas existentes quer a nível dos serviços da área que se pretende regulamentar, nomeadamente os da Educação Especial e os Serviços de Psicologia e Orientação, seja do papel da escola na organização e dinâmica dos apoios educativos e ainda a falta de técnicos de diferentes disciplinas na avaliação e na intervenção, um outro aspecto a notar tem a ver com o recrutamento de docentes sem especialização e/ou sem experiência para o desempenho das funções de apoio.

Em síntese, podemos dizer que a evolução histórica da Educação Especial se fez no sentido de uma tomada de consciência, por parte da sociedade acerca da importância dos cuidados e bem-estar das crianças; numa maior consciência dos direitos e necessidades do indivíduo e dos grupos minoritários - reconhecimento do direito de todos e que portanto as crianças com deficiência têm os mesmos direitos que todas as outras crianças, à educação e a saúde apropriadas - e finalmente a tendência da sociedade em apoiar a criança e família através de serviços abrangentes e educativos cada vez mais humanizados. No entanto, segundo Bairrão, (2000) as taxas de cobertura prosseguem de forma leve e inexpressiva, encontrando-se hoje valores mais significativos embora ainda longe de coberturas integrais, (comunicação pessoal).

3 - A Intervenção Precoce - Campo de Acção de Várias Entidades

3.1 - A Intervenção Precoce no âmbito do Sistema de Saúde

Para se compreender a evolução da Intervenção Precoce em Portugal, não podemos deixar de referir, sucintamente, a forma como foi evoluindo o atendimento, de uma forma geral, na população de crianças da faixa etária dos 0 aos 6 anos e suas famílias, nomeadamente ao nível dos sistemas de Saúde, Educação e Segurança Social.

No campo da saúde, nos últimos 20 anos, verificou-se a ocorrência de importantes progressos, quer em termos de prestação e de acesso aos cuidados primários de saúde, nomeadamente, a nível de consultas para grupos específicos, tais como grávidas adolescentes, consultas de vigilância quer da grávida quer do recém-nascido, de programas de vacinação, programas de detecção de doenças específicas, como as de hipotiroidismo, doenças metabólicas e outras, e ainda de consultas de desenvolvimento em algumas estruturas hospitalares. Esta situação, no que se refere a índices de mortalidade e morbilidade, aproximam-se de taxas perfeitamente aceitáveis no âmbito da Comunidade Europeia.

São ainda de realçar algumas iniciativas no âmbito da Saúde, associadas a uma crescente consciencialização por parte dos seus profissionais do seu importante papel, particularmente nas tarefas de sinalização, rastreio e diagnóstico médico. Estes mesmos profissionais sublinham a necessidade de serem criadas equipas multidisciplinares que incluam uma grande diversidade de técnicos, nomeadamente: pediatras, psicólogos, fisiatras, pedopsiquiatras, enfermeiras, técnicos de acção social, educadores de infância, terapeutas. Segundo Veiga (1995), estas equipas integradas em Centros Distritais e Regionais de Desenvolvimento da Criança, proporcionariam um enriquecimento significativo na concretização de medidas de prevenção e concretamente de diagnóstico, permitindo possivelmente uma coordenação e uma mobilização mais rápida dos recursos adequados às necessidades de cada criança.

Veiga (1995) refere que alguns obstáculos, nomeadamente, de ordem material têm impedido um avanço rápido e favorável das medidas atrás mencionadas.

Em nossa opinião, um outro obstáculo que tem contribuído para a não generalização, a todo o país, das referidas medidas talvez seja a falta de suporte legal

que defina articulações, responsabilidades e objectivos, tendo em vista uma expansão das referidas estruturas.

No ponto 7 do Despacho conjunto n.º 891/99, relativo á referenciação das crianças a apoiar em Intervenção Precoce, é atribuída a responsabilidade, para além de profissionais de outras áreas, aos profissionais da saúde. No seguimento do mesmo ponto, e relativamente à avaliação das crianças a apoiar em Intervenção Precoce, é referido que a mesma é feita, *nos centros de desenvolvimento, consultas de desenvolvimento ou outras estruturas especializadas em desenvolvimento*. Estas estruturas para além de serem raras, não se sabe quantas são.

Porque acreditamos que um documento como este não pode constituir apenas um belo conjunto de intenções sem suporte programático e de aplicabilidade duvidosa, aguardamos, pois, que a implementação das “Orientações reguladoras da Intervenção Precoce para crianças com deficiência ou em risco de atraso grave do desenvolvimento e suas famílias”, possa contribuir para a diminuição das assimetrias, distritais/regionais que há semelhança das assimetrias socioeconómicas e culturais, também ao nível da saúde e concretamente no âmbito da Intervenção Precoce, se fazem sentir, ainda, em algumas zonas do nosso País.

3.2 - A Intervenção Precoce no âmbito da Segurança Social

No que diz respeito à situação de cuidados e de educação para crianças dos 0 aos 6 anos e especialmente para as crianças entre os 0 e os 2 anos, a Segurança Social tem assumido um papel determinante.

Segundo dados oficiais relativos a 1997 citados no Relatório do “Projecto de Intervenção Precoce de Matosinhos” (1999), projecto este desenvolvido no âmbito do protocolo estabelecido entre o Departamento de Educação Básica e a Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação do Porto, sendo coordenador o Professor Joaquim Bairrão, o atendimento que a Segurança Social faz a crianças entre os 0 e os 2 anos, através das suas diferentes modalidades de ama, creche familiar e creche, apenas abrange 14,4% das crianças, sendo esta percentagem considerada, pelo autor, muito baixa.

Importa também assinalar que só a partir de 1997 o Ministério da Educação tem vindo a ter algum protagonismo no atendimento a crianças mais novas quer através da melhoria da situação profissional das educadoras que trabalham em creches, quer através do número crescente de educadoras que no âmbito das equipas dos apoios educativos, têm vindo progressivamente a atender crianças nesta faixa etária.

Recuemos um pouco para tentarmos proceder a uma breve abordagem das acções que no âmbito da Segurança Social, nos parecem mais relevantes do percurso realizado no âmbito da Intervenção Precoce.

No ponto anterior, ao abordarmos a Intervenção Precoce ao nível do sistema da saúde, referimos que o enriquecimento dos recursos tem actualmente permitido a implementação de medidas de prevenção e de diagnóstico, as quais têm possibilitado a identificação, mais clara, de crianças potencialmente elegíveis para serviços adequados. Esta situação, impulsionou a organização de serviços de atendimento para crianças cada vez mais jovens.

Como tal, a primeira metade da década de 80 é caracterizada por uma preocupação mais consistente com as crianças entre os 0 e os 6 anos que no contexto das estruturas de Saúde e Segurança Social, começa a encontrar respostas que se identificam com os objectivos de uma Intervenção Precoce. Esta evolução, apesar de positiva, está geralmente limitada ao atendimento a crianças com necessidades educativas especiais, portadores de deficiência ou com atrasos no desenvolvimento, revelando mais uma vez, de forma inquietante, as dificuldades na articulação de recursos dos diversos Ministérios envolvidos nesta matéria.

Segundo Bairrão (1999) na década de 80 é particularmente importante a criação de serviços de atendimento para crianças entre os 0 e os 6 anos no contexto dos Centros Regionais de Segurança Social pressupondo, em alguns casos, uma formação relativamente cuidada dos técnicos envolvidos, valorizando inclusivamente modelos de intervenção domiciliários. Neste âmbito são igualmente estabelecidos acordos com Associações que vem desta forma alargada a idades mais baixas as suas propostas de atendimento.

Assim, dentro das acções que no âmbito da Segurança Social, nos parecem mais relevantes do percurso de Intervenção Precoce realizado vamos encontrar o trabalho de estimulação domiciliária precoce, abrangendo a faixa etária dos 0 a 6 anos, de crianças portadoras de deficiência, trabalho pioneiro iniciado em anos 60 e desenvolvido pela Equipa de Orientação Domiciliária da Direcção de Serviços de Estabelecimentos Sociais Oficiais do Centro Regional de Segurança Social (C.R.S.S.) de Lisboa. A referida equipa foi extinta alguns anos mais tarde e em 1989 foi integrada na então Direcção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica do Ministério dos Assuntos Sociais, actual Centro de Estudo e Apoio à Criança e à Família (CEACF), igualmente dependente do CRSS de Lisboa, tendo-lhe sido atribuído: *o apoio precoce especializado às crianças em situação de risco ou deficiência e suas famílias*. Para poder assegurar uma resposta de qualidade a esta população a DSOIP, na sequência de contactos efectuados com o serviço Portage em Inglaterra, envia a este país dois técnicos, tendo em vista obter informação e realizar um estágio no âmbito de um programa de Intervenção Precoce, adoptado pelo governo deste país, o Modelo Portage para Pais, (Bairrão et al., 1987).

Não vamos, de momento, referir-nos ao modelo organizativo e às características do Programa Portage, uma vez que tencionamos fazê-lo de uma forma destacada, noutra ponto deste estudo.

Segundo Felgueiras (1997) a DSOIP/CEACF, passou a dispor de uma Unidade de Atendimento em Intervenção Precoce, promovendo os referidos serviços a articulação e coordenação de esforços com estruturas da saúde e da educação proporcionando, assim, no Distrito de Lisboa, o apoio às famílias de crianças com deficiência ou em risco, nos primeiros anos de vida.

A partir do início de anos 90, o modelo de Intervenção Precoce implementado a nível da DSOIP/CEACF, foi sofrendo alterações. Assim, de uma perspectiva centrada predominantes na criança e nos seus problemas, evoluiu-se para uma perspectiva centrada na família.

Em termos de legislação de enquadramento promulgada no âmbito do Ministério da Segurança Social, actual Ministério do Trabalho e da Solidariedade (MTS), para além de normativos legais de protecção social às crianças nas primeiras idades e aos seus progenitores, nomeadamente a protecção na maternidade; protecção na doença de

filhos menores; subsídio familiar em função do número e idades dos filhos; benefícios especiais quando se trata de crianças com deficiência, importa enfatizar o Despacho n.º 26/95 que regulamenta o Programa “Ser Criança”. Com este programa o MTS propõe-se, por um lado, promover iniciativas que visam actuar preventivamente nos factores de risco social e/ou deficiência que afectem as crianças, evitando o seu surgimento, agravamento e consequências e por outro lado apoiar iniciativas através da apresentação de projectos de base comunitária, tendo em vista a integração familiar e socioeducativa das crianças em situação de risco. Este documento legislativo prevê ainda o respectivo financiamento desde que os projectos obedeçam aos critérios anteriormente mencionados.

No que respeita ao enquadramento legal para a faixa etária dos 0 aos 3 anos, importa realçar a criação, em 1994, por despacho conjunto dos Ministérios da Educação, da Saúde e do Emprego e da Segurança Social (Diário da República – II Série de 3/8/94), de um grupo de trabalho interdepartamental com o objectivo de pensar formas de organização e atendimento na área da Intervenção Precoce, relativamente à implementação de programas e serviços. Este grupo de trabalho apresentou um relatório e um projecto normativo enquadrador das linhas orientadoras da Intervenção Precoce, as quais foram publicadas através do Despacho conjunto n.º 891/99, de 13 de Agosto.

3.3 - A Intervenção Precoce no âmbito do Ministério da Educação

Propomo-nos, de seguida, analisar alguns aspectos mais relevantes que se relacionam com a implementação de programas de Intervenção Precoce, ao nível do Ministério da Educação.

A Lei de Bases do Sistema Educativo (LBSE) de 1986 - Lei 46/86 - e outros documentos legislativos que se seguiram nestes últimos 10 anos, foram elementos fundamentais para que se produzisse uma expansão de serviços de atendimento a crianças em geral e a crianças com necessidades educativas de uma forma especial.

No que diz respeito à Intervenção Precoce a LBSE preconiza entre os outros objectivos da educação pré-escolar o de *proceder à despistagem de inadaptações, deficiências e precocidades, promovendo a melhor orientação e encaminhamento da*

criança. A LBSE atribui, pois, à educação pré-escolar uma forte acção preventiva no domínio das dificuldades das crianças. Esta concepção “compensatória” encontra-se, ainda, explicitada na Lei Quadro da Educação Pré-Escolar (Lei nº 5/97), quando se refere aos objectivos da educação pré-escolar na realidade a concepção preventiva da educação pré-escolar que a LBSE previa, encontra dois grandes obstáculos no que se refere às propriedades “compensatórias” do pré-escolar. Um primeiro obstáculo, referido por Bairrão e colaboradores (1999), é que aos 3 anos de idade, muitos défices das crianças estão já consolidados e fraca era a cobertura na época a nível da educação pré-escolar. De facto e segundo dados citados pelos autores, essa cobertura não ultrapassava os 35% em 1988 e, ainda hoje, apenas 65,5% das crianças são atendidas pelas estruturas pré-escolares e que estes recursos se situam sobretudo nos 4 – 5 anos¹⁴. Os mesmos autores referem ainda que apenas 40% dos Jardins de Infância da amostra desse estudo, diz atender crianças com deficiência.

Isto tem sobretudo implicações para a Intervenção Precoce dado que as Equipas de Apoios Educativos trabalham com as crianças com necessidades educativas especiais que se encontram nas creches e jardins de infância.

A LBSE no ponto 8 do artigo 18 faz, também, uma pequena referência ao atendimento precoce explicitando: *Ao Estado cabe promover a nível nacional acções que visem o esclarecimento, a prevenção e o tratamento precoce da deficiência*. Esta legislação não faz, todavia, qualquer referência relativamente às medidas a implementar para as crianças entre 3 e os 6 anos, com necessidades educativas específicas, subentendendo-se, no entanto, que o jardim de infância será o contexto preconizado para a intervenção. Pode subentender-se, também, que estão excluídas nos critérios de atendimentos definidos, as crianças em risco e hipoteticamente as que apresentam atrasos no seu desenvolvimento uma vez que está explícito o entendimento que esta legislação tem das necessidades educativas específicas: “resultam de deficiências físicas e mentais”.

Mas porque entendemos a Lei de Bases do Sistema Educativo como uma Lei que se preocupa com a definição de orientações gerais, definição de finalidades do sistema educativo e não com aspectos específicos de regulamentação de órgãos e

¹⁴ Actualmente a cobertura pelos recursos de Educação Pré-Escolar é em (1999/2000) a seguinte: 58% (3 anos); 72% (4 anos) e 84% (5 anos).

serviços, parece-nos que os propósitos da Lei 46/86 são de intervir em todas as situações que possam obstacularizar ou impedir o sucesso educativo de qualquer indivíduo, independentemente da fonte e dos factores dessas situações.

Encontramos também, alguns anos depois, em 1989, referências semelhantes a esta lei na “Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência” (Lei n.º 9/89) embora não utilizando, ainda, o conceito de Intervenção Precoce.

A responsabilidade do Ministério da Educação está, pois, claramente definida, na LBSE para as crianças dos 3 anos em diante.

Decorreram, pois, alguns anos, até que as autoridades educativas expressassem, quer através dos seus normativos legais, quer através da implementação de medidas efectivas e de investimento financeiro, algum papel interveniente no domínio da Intervenção Precoce, particularmente, no que se refere a crianças entre os 0 e os 2 anos de idade.

Porém, não podemos esquecer o importante papel da então Divisão do Ensino Especial do Ministério da Educação, ao promover uma política de integração, ao incentivar formação aos técnicos envolvidos, bem como outras iniciativas relacionadas com a Intervenção Precoce em crianças em idade pré-escolar, e na promoção e acompanhamento de algumas experiências implementadas por equipas de educação especial, e ainda por Cooperativas de ensino especial sob tutela do Ministério da Educação. O grande investimento do Ministério da Educação na área das necessidades educativas especiais, estava no entanto orientado para o combate ao insucesso e abandono escolar e para a integração de crianças no âmbito da escolaridade obrigatória.

A baixa cobertura da educação pré-escolar no nosso país até há muito pouco tempo, como já anteriormente referimos, é, pois, uma consequência de tal facto. Tal situação teve como consequência um atendimento inexpressivo de crianças com necessidades educativas especiais, sobretudo ao nível do Ministério da Educação, mantendo-se o papel preponderante da Segurança Social nestas faixas etárias.

O Dec. Lei 319/91, de 23 de Agosto, que define o atendimento de crianças com necessidades educativas especiais nas escolas públicas é em 1993, através da Portaria nº 611 regulamentado para o nível pré-escolar, embora, apenas contemple a aplicação aos jardins de Infância da rede pública do Ministério da Educação e não aos restantes Jardins de Infância tutelados pela Segurança Social. Contudo, na prática e desde 1975, as educadoras do Ministério da Educação têm vindo a prestar apoio a crianças com necessidades educativas especiais integradas em jardins de infância, não só da rede pública, mas também aos tutelados pela Segurança Social.

A Portaria nº 611 estabelece ainda os procedimentos para a aplicação das medidas do Regime Educativo Especial aplicáveis a crianças em idade pré-escolar, não obstante refira “com as necessárias adaptações da educação pré-escolar”. Importa frisar que neste normativo não é mencionado o carácter fundamental de que se deve reverter a participação dos pais, nem o reconhecimento da importância das necessidades da família aquando da avaliação diagnóstica e efectivação da intervenção educativa.

Bairrão (1999) refere que apesar do aumento do número de crianças, em idade pré-escolar abrangidas pelas equipas de educação especial, ter aumentado ao longo dos anos, o mesmo foi sempre muito reduzido e raramente as crianças entre os 0 e os 3 anos de idade eram abrangidas.

Segundo o autor citado, o último ano de funcionamento do antigo sistema das equipas de educação especial, a proporção de crianças com necessidades educativas especiais em idade pré-escolar, atendidas pelas referidas equipas, relativamente à população geral de crianças dos 0 até 6 anos de idade, foi apenas de 5/1000 ou de 3/1000, se apenas considerarmos a faixa etária dos 0 aos 2 anos¹⁵. Este dado representa uma cobertura muito inexpressiva, se tomarmos como referência alguns dados internacionais que apontam para 10% de crianças com necessidades educativas especiais. Esta situação corresponde a uma cobertura de apenas 5% das crianças dos 0 aos 6 anos e a 3% das crianças dos 0 aos 2 anos com necessidades educativas especiais.

O mesmo autor refere ainda que mesmo considerando a taxa de incapacidades de 3.5% nestas faixas etárias apresentada pelo Secretariado Nacional de Reabilitação no

seu Inquérito Nacional (SNR, 1996) este valor, que logo à partida é muito inferior ao número real de crianças com necessidades educativas especiais, corresponderia a uma cobertura de apenas 14% das crianças dos 0 aos 6 anos e 11.5% das crianças dos 0 aos 2 anos com necessidades educativas especiais.

Nos finais de anos 90, verificaram-se avanços significativos no plano legislativo, sendo de referir a importância que teve a “Declaração de Salamanca” de 1994 a que Portugal aderiu e onde a Intervenção Precoce é considerada como uma das áreas prioritárias. A este propósito é dito: *O êxito da escola inclusiva depende muito da identificação precoce, da avaliação e da estimulação das crianças com necessidades educativas especiais, desde as primeiras idades.*

Em 1997, o Ministério da Educação introduz mudanças significativas nas políticas educativas, tanto ao nível da educação pré-escolar como das crianças com necessidades educativas especiais, através das seguintes medidas legislativas: Lei-Quadro da Educação Pré-Escolar (Lei n.º 5/97); a Portaria nº 52/97 e o Despacho conjunto nº 105/97.

Todas estas medidas vão ter importantes repercussões para a Intervenção Precoce.

Ainda no ano de 1997, o Ministério da Educação ao lançar o “Programa de Expansão e Desenvolvimento da Educação Pré-Escolar”, assumindo claramente o compromisso ao nível pedagógico e financeiro, é seguramente um passo decisivo para o desenvolvimento da educação pré-escolar, quer em termos quantitativos, quer qualitativos e consequentemente para o alargamento das oportunidades de acesso e para a melhoria das condições educativas das crianças em geral e consequentemente para as crianças que apresentam necessidades educativas especiais.

A Portaria n.º 52/97 regulamenta a intervenção das Cooperativas e Associações de Educação Especial, sem fins lucrativos, em articulação com as Equipas de Educação Especial, atribuindo-lhes, pela primeira vez, competência para o desenvolvimento de “actividades de intervenção precoce para crianças com deficiência ou em situação de alto risco”.

¹⁵ Tomando como referência dados do Censur 1991, com estimativa para 1994, quanto à população geral de crianças nestas faixas etárias.

Assim, pela primeira vez existe algum enquadramento legal que permite aos estabelecimentos de educação especial realizarem “actividades de integração educacional ou de Intervenção Precoce”, mediante a elaboração de projectos, os quais, desde que obedeçam a determinados requisitos específicos, beneficiarão do apoio técnico-pedagógico e financeiro do Departamento de Educação Básica do Ministério da Educação. Este diploma, apresenta, ainda, uma definição operacional para a Intervenção Precoce, considerando: *Actividades de Intervenção Precoce as desenvolvidas em articulação com as equipas de Educação Especial, dirigidas a famílias e a crianças, entre os 0 e os 6 anos de idade, com deficiência ou em situação de alto risco, em complemento da acção educativa desenvolvida no âmbito dos contextos educativos normais, formais ou informais, em que a criança se encontre inserida.*

Neste documento, é ainda feita referência á constituição de equipas multidisciplinares, apelando para a criação de condições para que as mesmas sejam integradas, para além de educadores e professores, por outros profissionais designadamente psicólogos e terapeutas.

Em nossa opinião, este documento, apresenta uma evolução significativa no âmbito da Intervenção Precoce, não só pela explicitação que faz da mesma, mas porque reconhece os projectos de Intervenção Precoce, como instrumentos necessários à implementação e desenvolvimento da mesma.

O Despacho Conj. n.º 105/97, de 1 de Julho, vem introduzir algumas alterações no sistema de Educação Especial que se reflectem desde logo, na terminologia utilizada. É adoptado o conceito de natureza abrangente “apoio educativo” e definidas as funções dos docentes que prestam apoio educativo nas escolas e das Equipas de Coordenação dos Apoios Educativos. Neste diploma, defende-se a mudança de uma perspectiva tradicionalmente orientada para o aluno com necessidades educativas especiais e fundamentalmente centrada no professor de Educação Especial para uma intervenção alargada a toda a comunidade educativa, nomeadamente aos órgãos de gestão e coordenação pedagógica e aos alunos.

Pretende-se assim assegurar, *a participação e corresponsabilização de todo o colectivo escolar na educação de crianças com necessidades educativas especiais e que os apoios educativos são parte integrante da educação em geral ... () ... Desta forma, o apoio a desenvolver pelo docente com formação especializada ou por outros profissionais deve, prioritariamente, dirigir-se aos docentes do ensino regular e aos*

país e por último ao aluno, devendo, neste caso, priorizar-se o apoio dentro da turma. (Normas orientadoras para a realização de apoios educativos nas escolas, DEB, 1997). Convém referir que o documento atrás citado descreve detalhadamente a forma como deverá orientar-se a acção do docente de apoio educativo no que diz respeito aos órgãos de gestão e coordenação, aos professores do ensino regular e aos alunos, não apresentando, no entanto, orientações mais precisas quanto ao trabalho com as famílias.

Após um longo período de tempo em que vários foram os grupos de pressão, a nível nacional quer mesmo no âmbito da União Europeia, têm vindo a pugnar por um quadro legislativo que organize, articule e monitorize a diversidade de projectos de Intervenção Precoce existentes, no nosso país, alguns dos quais faremos referência destacada mais adiante, foi finalmente, publicada, nos finais do ano de 1999, legislação específica no âmbito da Intervenção Precoce. Referimo-nos ao Despacho Conjunto n.º 891/39, de 13 de Agosto.

Uma vez que a promulgação deste documento, coincide com o momento em que efectuamos o presente estudo, consideramos pertinente procedermos a uma breve análise da referida legislação.

Fizemos já, referência anteriormente, que nos finais da década de 90, foi constituído um grupo de trabalho interministerial integrado por elementos do Ministério da Educação, da Saúde e da Segurança Social, com objectivo de desenvolver legislação que regule a prática da Intervenção Precoce em Portugal. Este grupo de trabalho, apresentou em 19/10/99 as “Orientações reguladoras da Intervenção Precoce para crianças com deficiência ou em risco de atraso grave do desenvolvimento e suas famílias”

Da leitura deste documento sobressai a preocupação de uma integração legislativa dos conceitos subjacentes aos modelos actualmente definidos na investigação na área da Intervenção Precoce e aos quais fizemos referência no segundo capítulo deste trabalho. Ao colocar o enfoque na criança, no seu contexto familiar e na família como unidade funcional da comunidade, este documento aponta claramente para uma perspectiva centrada na família, da Intervenção Precoce.

No ponto 3 refere-se que os destinatários da Intervenção Precoce, são as crianças dos 0 aos 6 anos de idade. No entanto, é estabelecido como *prioritário*, o atendimento a

crianças dos 0 aos 3 anos, que apresentem deficiência ou risco de atraso grave de desenvolvimento.

Em nossa opinião este documento, neste ponto concreto, apresenta avanços significativos comparativamente aos documentos legislativos anteriores e aos quais já nos referimos. Assim, é claramente dito que não só as crianças dos 0 aos 3 anos estão abrangidas, mas até mesmo lhe é atribuída prioridade no atendimento. Tal facto, parece-nos, representar um avanço qualitativo uma vez que pela primeira vez, no âmbito do Ministério da Educação há legislação que abrange especificamente as crianças dos 0 aos 3 anos de idade. Tal princípio reflecte os resultados da investigação mais recente, desenvolvida a nível internacional e nacional que preconiza que a intervenção deve começar o mais cedo possível, uma vez que se a mesma tiver início apenas aos 3 anos, poderá verificar-se como refere Bairrão (1995) que muitos dos défices das crianças estão já consolidados.

Um segundo aspecto em que se constata uma evolução é ao eleger para a Intervenção Precoce as crianças “em risco de atraso grave de desenvolvimento”. Ainda no mesmo ponto é definido o conceito “risco de atraso grave de desenvolvimento”, como aquele que “por factores pré, péri ou pós-natal, ou ainda por razões que limitem a capacidade de tirar partido de experiências importantes de aprendizagem, constitui probabilidade de que uma ou mais disfunções possam ocorrer”.

Constata-se, pois, uma evolução significativa relativamente às crianças elegíveis para a Intervenção Precoce, uma vez que para além das crianças com deficiência, passam também a ter direito a uma resposta adequada, as crianças em risco ambiental, embora este critério não esteja em nosso entender suficientemente explicitado. No decorrer da legislação e mais concretamente no ponto 10.3 relativo às competências das equipas de coordenação é-lhes atribuída, designadamente “definir critérios de elegibilidade das situações para apoio em intervenção precoce.”

No ponto 4 são referidas as características que definem a prática da intervenção. Uma primeira característica relaciona-se com a formação dos agentes envolvidos na Intervenção Precoce no sentido de reconhecerem que as necessidades das crianças, só podem ser devidamente avaliadas e interpretadas, se estas forem desenvolvidas nos contextos familiar e social das crianças atendidas. Uma segunda característica refere que a Intervenção Precoce baseia-se numa lógica de acção local, fundamentada no princípio

de que a proximidade com a população permite um melhor conhecimento da comunidade, quer no âmbito das necessidades e problemas quer no dos recursos existentes na mesma e nas capacidades dos técnicos para fomentar compromissos e parcerias. Finalmente uma terceira característica exige uma actuação de natureza comunitária, desinstitucionalizada, estruturada, assente em programas desenvolvidos no domicílio e nos contextos em que a criança se encontra, quer estes sejam a ama, a creche ou o jardim de infância.

Deste modo tendo em vista as características que este documento legislativo determina para o desenvolvimento da prática da Intervenção Precoce, no ponto 5 são formulados os objectivos que visam fundamentalmente:

- a) “Criar condições facilitadoras do desenvolvimento global da criança, minimizando problemas das deficiências ou do risco de atraso do desenvolvimento e prevenindo eventuais sequelas;
- b) Optimizar as condições da interacção criança/família, mediante a informação sobre a problemática em causa, o reforço das respectivas capacidades e competências, designadamente na identificação e utilização dos seus recursos e dos da comunidade, e ainda da capacidade de decidir e controlar a sua dinâmica familiar;
- c) Envolver a comunidade no processo de intervenção, de uma forma contínua e articulada, optimizando os recursos existentes e as redes formais e informais de inter ajuda”.

Para o desenvolvimento dos objectivos mencionados e tendo em vista, por um lado a complexidade dos problemas que as deficiências e as situações de risco colocam ao desenvolvimento da criança e por outro lado, uma vez que o modelo pelo qual a prática da Intervenção Precoce se deve orientar assenta numa dinâmica que exige um processo integrado e articulado de actuação dos serviços da educação, da saúde, da acção social e dos parceiros envolvidos, são definidos, no ponto 6 os três eixos de Intervenção Precoce, designadamente: *o envolvimento da família, o plano individual de intervenção e o trabalho de equipa.*

Relativamente ao envolvimento da família, são de realçar as constantes referências à necessidade de um maior envolvimento da família em todas as fases do

processo de intervenção e de uma avaliação conjunta das respectivas necessidades, prioridades e recursos de uma crescente capacitação das famílias.

Um outro aspecto a destacar relaciona-se com o trabalho de equipa, defendendo-se claramente uma perspectiva transdisciplinar (ponto 6.3.3), permitindo-se alguma flexibilidade nas escolhas curriculares a efectuar, estando estas dependentes das características de uma intervenção nos contextos naturais da criança e introduzindo-se a figura de “Responsável de Caso” como garante da articulação dos apoios a prestar.

Parece-nos igualmente importante que o plano individual de intervenção assegure o envolvimento das famílias nos termos por estas determinados o que mais uma vez denota alguma flexibilidade nos critérios a adoptar e que seja mencionada a necessidade de avaliar a criança no seu contexto familiar.

Um dos aspectos em nosso entender mais inovadores e de difícil aplicação deste diploma prende-se com o ponto 8.3 onde é estabelecido que a Intervenção Precoce funcionará em rede e integrada sendo criadas duas estruturas designadamente: equipas de intervenção directa e equipas de coordenação, integradas em rede. Quanto à constituição destas duas estruturas e nomeadamente quanto à constituição das equipas de intervenção directa é dito: “as equipas devem ser constituídas por profissionais de formação diversificada, nomeadamente educadores de infância, médicos, psicólogos, técnicos de apoio social, terapeutas, enfermeiros, ou outros, com formação específica e experiência na área do desenvolvimento da criança”.

Assim ao aconselhar que estas equipas devem ser integradas por profissionais de diversas disciplinas, o Despacho n.º 891/99 reflecte uma concepção multidisciplinar para a Intervenção Precoce.

Relativamente à referenciação das crianças, no ponto 7 do diploma diz-se que a mesma compete às equipas de Intervenção Precoce, por solicitação da família, dos profissionais da saúde, de educação e de acção social, bem como por profissionais de outros serviços. Quanto à selecção dos casos para apoio em Intervenção Precoce, a mesma é feita, pelas equipas de intervenção directa com base na avaliação da criança efectuada nos centros de desenvolvimento, consultas de desenvolvimento e de acordo com os critérios de elegibilidade a definir pelas equipas de coordenação.

A nossa reflexão relaciona-se com a selecção dos casos para a Intervenção Precoce e prende-se com as estruturas a quem a presente legislação atribui competências neste âmbito, estruturas estas que se enquadram nos serviços de saúde. Não questionamos tal facto uma vez que consideramos que os responsáveis pela sinalização e aprofundamento do diagnóstico devem ser os profissionais de saúde, visto serem estes os que estão estrategicamente melhor colocados para o fazer. Limitamos a nossa preocupação ao facto das referidas estruturas ainda não estarem criadas, pelo menos de forma generalizada a todo o país para poderem dar uma resposta eficaz a todas as crianças que delas necessitam. Não deverão ser as crianças que residem em regiões mais isoladas, onde faltam estas estruturas, ou onde elas estão desadequadas aquelas que serão discriminadas na obtenção destes recursos.

No ponto 8 relativo à organização e gestão da Intervenção Precoce, surgem, novamente referências à equipa. Assim é referido que a Intervenção Precoce se organiza: “Numa base comunitária, descentralizada, coordenada e flexível, de modo a privilegiar uma actuação integrada dos serviços e instituições envolvidos potenciando e assegurando o desenvolvimento de dinâmicas locais.” Esta organização da Intervenção Precoce pressupõe a existência de recursos já existentes, nomeadamente da educação, de saúde, de acção social e das instituições.

A ideia central que em nossa opinião emerge do modelo organizativo assim conceptualizado é que a componente Intervenção Precoce se encontra aliada à componente comunitária, sendo explicitado um sistema organizativo abrangente, descentralizado, coordenado e flexível. Tal modelo, assenta numa partilha de responsabilidades intersectoriais o que implica uma articulação de todos os serviços existentes a nível local, nomeadamente no âmbito da educação, da saúde, da segurança social, autarquias e outros.

Vejamos no final deste capítulo algumas experiências de Intervenção Precoce que entre nós se vêm trabalhando há já alguns anos.

Um outro aspecto a destacar neste documento legal prende-se com os encargos financeiros. A este propósito, refere-se: “Os encargos financeiros com a intervenção precoce são suportados pelas entidades interventoras.” No seguimento do mesmo ponto é ainda determinado o âmbito dos encargos para cada entidade interventora. Assim,

compete ao Ministério da Educação, através das direcções regionais de educação, os encargos com o pessoal da educação, nomeadamente educadores e psicólogos; ao Ministério da Saúde, através das administrações regionais da saúde, os encargos com o pessoal da saúde, nomeadamente, médicos, enfermeiros e terapeutas finalmente ao Ministério do Trabalho e da Solidariedade, através dos centros regionais da segurança social, a comparticipação às instituições respeitantes com os encargos com o pessoal, designadamente do serviço social e com as despesas de funcionamento com esta área da Intervenção Precoce.

Assim, pelo exposto à partida, os Ministérios da Educação e da Saúde apenas suportam os encargos com o respectivo pessoal, designadamente, educadores, psicólogos, médicos, enfermeiros e terapeutas. A questão que se nos coloca neste ponto é se a estes Ministérios não deveriam caber também outros encargos, nomeadamente com materiais. É certo que este despacho visa apresentar linhas orientadoras - não meramente prescritivas - de um modelo organizativo de Intervenção Precoce; é certo que o ponto 14.3 diz que “a afectação dos recursos humanos (...) bem como o respectivo montante de comparticipação financeira serão estabelecidos nos acordos de cooperação.” Só que sabemos das exiguidades orçamentais dos vários departamentos, e das estratégias de fuga ao nível da intervenção, o que leva, por vezes, a um processo de negociação complexo, moroso e esgotante.

Gostaríamos de salientar que a presente legislação prevê dois níveis de acompanhamento e avaliação da Intervenção Precoce. Um grupo interdepartamental a nível nacional e uma estrutura regional que se articulará com o trabalho das equipas de coordenação.

Concluiremos este capítulo recordando que as crianças com necessidades educativas especiais, são pessoas cuja dignidade nada tem a ver com as suas diferenças. Por esta razão todas as legislações presentes e futuras deverão decorrer desse princípio. A democratização da educação impõe responsabilidades ao Estado como comunidade politicamente organizada, mas impõe também responsabilidades à comunidade, contexto vivencial da criança e impõe responsabilidades à família na busca de condições de contexto existencial digno para os seus filhos. Todavia, porque os deveres têm também o reverso dos direitos, à família é reconhecido o direito de participar nos

programas de Intervenção Precoce, seja na fase de avaliação seja na sua implementação. É-lhe assim, outorgado o estatuto de parceiro educativo. E esta, quanto a nós, é uma das mais interessantes e potenciadoras virtudes do actual sistema de Intervenção Precoce que se pretende implementar em Portugal.

4 - Referências Importantes no Contexto da Intervenção Precoce em Portugal

4.1- O Programa Portage para Pais em Portugal

O Programa Portage teve o seu início em Portage, Winsconsin, nos Estados Unidos, em 1963. Este programa foi desenvolvido, no sentido de criar alternativas para as dificuldades que os serviços de Educação Especial reflectiam no atendimento precoce a crianças com necessidades educativas especiais. Surgindo fundamentalmente da “inquietação” que o Programa *Head Start* gerou, este modelo serviu de suporte para a criação de serviços locais que procuraram desenvolver novos modelos de atendimento.

O Programa Portage visava um apoio domiciliário de carácter educacional, valorizando o papel dos pais na implementação da intervenção, mediante a orientação de um visitador domiciliário. Este visitador domiciliário era treinado através da participação num curso de formação básica, sendo esta continuamente enriquecida no âmbito das reuniões de supervisão e ainda no âmbito de cursos avançados. Ambas as componentes da formação continuada e de supervisão ainda hoje estão na base do programa tendo entrado na configuração de todos os programas de Intervenção Precoce.

Durante os anos 70 o Programa foi difundido por vários países tais como os E.U.A, Canadá, Reino Unido e outros países da Europa. O programa foi ainda difundido na Ásia e na América do Sul.

Em Portugal, o projecto que conduziu à implementação do modelo Portage, iniciou-se em 1985, tendo a mesma sido feita através da então Direcção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica (DSOIP) presentemente, designada Centro de Estudo de Apoio à Criança e à Família (CEACF), do C.R.S.S. de Lisboa.

Tendo-lhe sido atribuído *o apoio precoce especializado às crianças em situação de risco ou deficiência e suas famílias*, a DSOIP adaptou, aprofundou, implementou e disseminou um modelo de Intervenção Precoce, o Modelo Portage. Este modelo de eficácia empiricamente comprovada e com grande divulgação e aceitação, não só no seu país de origem, os Estados Unidos, como em muitos outros, tinha à partida como

garantia o estar teoricamente bem enquadrado, implicar directamente os pais e assentar num tipo de modelo organizativo que proporcionava um suporte consistente, tanto para técnicos como para pais, (Almeida, 1998).

Em 1986, iniciou-se um projecto de investigação-acção designado: “A Intervenção Precoce – baseada no Modelo Portage para Pais”. Este projecto tinha três grandes objectivos:

- Fornecer programas de visitas domiciliárias para crianças com idade inferior a 3 anos, referenciadas pela então D.S.O. I. P.
- Desenvolver e disseminar um modelo de Intervenção Precoce adequado às enormes necessidades do país neste campo, através de cursos e de supervisão;
- Avaliar o impacto do projecto nas crianças , famílias e nos serviços locais.

Segundo Bairrão (1999), estas iniciativas tiveram um papel decisivo no movimento da Intervenção Precoce em Portugal. Assim em 1992, em colaboração com o Projecto Integrado de Intervenção Precoce de Coimbra foi fundada a Associação Portage em Portugal a qual previa, nomeadamente, a constituição de Núcleos Regionais proporcionando uma certa organização de recursos assim como uma consistência na implementação deste Programa em Portugal.

Segundo Bairrão e Alves (1999) decorridos que estão aproximadamente 20 anos desde o momento em que o Programa Portage foi introduzido em Portugal, verifica-se uma evolução no enquadramento conceptual subjacente ao programa, uma vez que na sua fase inicial, o mesmo se identificava com os pressupostos de uma perspectiva comportamental, preconizando uma intervenção curricular, valorizando o envolvimento da família. Actualmente procura integrar as preocupações de uma perspectiva ecológica, preconizando uma abordagem centrada na família, não descurando, no entanto, os aspectos curriculares.

Muito embora a importância deste percurso não esteja reconhecida formalmente, decorrendo este sobretudo do dinamismo e da iniciativa de alguns dos membros desta Associação, o Modelo Portage é sem dúvida uma referência importante no contexto dos programas de Intervenção Precoce em Portugal.

4.2 - O Projecto Integrado de Intervenção Precoce de Coimbra

O Projecto Integrado de Intervenção Precoce de Coimbra (PIIP), constitui uma experiência inovadora e significativa no contexto dos programas de Intervenção Precoce no nosso país. Resultante de um esforço na articulação de todos os recursos existentes no Distrito de Coimbra tem como objectivo, proporcionar apoio a nível da Intervenção Precoce a crianças e famílias de uma região do país com fortes assimetrias socioeconómicas e culturais. A componente Intervenção Precoce está, assim, associada à componente comunitária.

Segundo refere Boavida (1995) nos objectivos definidos para o PIIP são visíveis todo um sistema organizativo de base comunitária, nomeadamente:

- Promover a adesão a uma filosofia comum de intervenção e de articulação de serviços comunitários;
- Promover um modelo transdisciplinar em equipa;
- Garantir um processo contínuo de supervisão e de apoio aos profissionais;
- Assegurar uma boa coordenação entre serviços.

Tendo em vista a prossecução dos objectivos definidos, o PIIP assenta num modelo de articulação entre serviços, envolvendo desde o primeiro momento, a Administração Regional de Saúde, as duas maternidades centrais do distrito e o Hospital Pediátrico. Os responsáveis pela sinalização e aprofundamento do diagnóstico das crianças envolvidas, são os profissionais de saúde, visto serem estes os que estão estrategicamente melhor colocados para o fazer. A responsabilidade da intervenção cabe aos serviços existentes com estes objectivos, nomeadamente os dependentes do Ministério da Educação e ainda os contextualizados em Associações de Pais com o estatuto de I.P.S.S.

Todo o processo de avaliação e intervenção está inserido numa dinâmica de equipa particularmente profícua, já que a articulação e a coordenação dos profissionais é uma preocupação constante, perspectivando uma intervenção centrada na família.

Esta dinâmica tem subjacente uma estrutura organizativa da qual fazem parte uma Equipa de Coordenação e grupos de supervisão que gerem Núcleos Locais de Apoio garantindo assim, canais de comunicação eficazes que permitem a adequação permanente de intervenção.

A formação relevante assume, assim, um papel determinante na criação do que Boavida, (1995) designa por “consciência intervencionista”, baseada no conhecimento de uma linguagem comum entre os diferentes profissionais das diferentes especialidades e dos diferentes serviços.

Segundo o autor citado esta formação comum a todos os profissionais envolvidos inclui:

- A utilização do Programa Portage;
- A reconceptualização das atitudes tradicionais dos profissionais;
- A intervenção centrada na família;
- O trabalho em equipa transdisciplinar e
- Utilização da versão portuguesa do Plano Individualizado de Apoio à Família.

Segundo ainda Boavida, (1995) a dificuldade experienciada no âmbito da implementação do modelo centrado na família em que o PIIP se baseia reside, em primeiro lugar, no facto do enfoque da formação dos profissionais ser a criança e simultaneamente na falta de competências dos profissionais para desenvolverem um trabalho em equipa.

Apesar dos obstáculos referidos, o autor afirma que os progressos que se têm verificado na implementação do PIIP, têm sido positivos. Tal afirmação encontra-se suportada nos resultados demonstrados pelo estudo desenvolvido por Bernado (1993), citado por Boavida (1994) sobre a satisfação das famílias envolvidas no Projecto. Este estudo teve como participantes 39 famílias apoiadas pelo projecto há mais de dois anos. De acordo com os resultados 87% dos pais sentiam que o projecto e a equipa eram muito responsivos para com as necessidades e preocupações da família; 90% estavam satisfeitos com os progressos que os seus filhos apresentavam e que o projecto tinha em conta as necessidades das crianças e 84% dos pais sentiam-se como membros activos da equipa.

Embora estes resultados sejam considerados positivos, Boavida (1994) coordenador do PIIP, refere que muito há ainda a fazer. Assim, considera que a avaliação dos serviços, a formação dos profissionais, a legislação e o incremento das competências e do envolvimento dos pais, são alguns dos aspectos que deverão continuar a reflectir sobre a obrigação de investir muito cedo nas crianças com ou em risco, de desenvolvimento e nas respectivas famílias.

Desta breve reflexão sobre o Projecto Integrado de Intervenção Precoce de Coimbra, podemos referir que todos os intervenientes no referido Projecto, têm tido como objectivo a concretização de um projecto de Intervenção Precoce adequado, tendo inclusivamente inspirado propostas de replicação noutras zonas do país.

4.3 - EURLY AID

Terminamos de fazer uma reflexão acerca de alguns dos Projectos de Intervenção Precoce que, em Portugal, têm vindo a ser apoiados e implementados, no âmbito dos três Ministérios envolvidos, designadamente, do Ministério da Educação, do Ministério do Trabalho e da Solidariedade e do Ministério da Saúde.

Importa ainda fazermos referência a iniciativas que no âmbito da Comunidade Europeia têm proporcionado um contributo importante no aprofundamento de questões relacionadas com a Intervenção Precoce.

Eurllyaid é um Grupo de Trabalho da Comunidade Europeia da qual fazem parte peritos e representantes de associações de pais provenientes de diversos Estados Membros, concretamente: Bélgica, Alemanha, Espanha, França, Holanda, Luxemburgo, Checoslováquia, e recentemente Portugal. Estes membros do Grupo de Trabalho encontram-se envolvidos na Intervenção Precoce para crianças com deficiência ou em risco de deficiência. Desde 1988 que o Grupo de Trabalho tem vindo a reunir com alguma regularidade no sentido de contribuir para o desenvolvimento de uma política e legislação comuns na Comunidade Europeia, no que diz respeito à problemática da Intervenção Precoce.

Assim, é neste âmbito que nos parece importante referirmos o Manifesto, publicado em 1992, relativo às actividades deste grupo, no qual se procura encontrar uma linguagem comum, reveladora de uma reflexão partilhada e aceite, relativamente a conceitos e práticas subjacentes aos programas de Intervenção Precoce.

Não sendo nosso objectivo procedermos a uma análise aprofundada deste documento, baseado nos Direitos da Criança e da Família e ainda no contributo da legislação americana, nomeadamente da Lei Pública 99-457 de 1986, consideramos relevante para o presente estudo, destacarmos a operacionalização de alguns conceitos

abordados no referido documento.

Assim, no Manifesto elaborado pelo Grupo de Trabalho *Eurlyaid*, a Intervenção Precoce é definida como: *Todo o tipo de actividades visando a estimulação da criança e orientações dirigidas aos pais, implementadas como consequência directa e imediata da identificação de um problema de desenvolvimento. A Intervenção Precoce diz respeito à criança assim como aos pais, à família e ao seu meio ambiente alargado.* (Moor et al., 1994; p.5).

Segundo este documento constituem a população alvo da Intervenção Precoce todas as crianças com idade inferior à do início da escolaridade obrigatória, com deficiência, ou em situações de risco. Neste âmbito são considerados três tipos de factores de risco, baseados na tipologia de Tjossem (1976), citado por Garwood (1989), nomeadamente: risco estabelecido através de um diagnóstico clínico; risco ambiental, tal como acontece numa criança em situação de privação, limitando a sua capacidade de tirar partido de experiências de aprendizagem importantes e risco biológico com base em factores pré, péri e neo-natais.

Um outro conceito operacionalizado no documento é o de desenvolvimento sendo o mesmo entendido como: *Um processo dinâmico no qual a criança e o seu ambiente participam e no qual ambos seleccionam as influências do outro e através do qual ambos evoluem numa direcção particular*, (p. 4).

Este documento faz ainda referência às fases que constituem o processo de intervenção, nomeadamente: identificação, detecção, diagnóstico, intervenção e apoio. Neste processo de intervenção é salientada a importância da participação activa da família, sublinhando-se ainda a importância das equipas multidisciplinares adequadas à especificidade de cada caso.

II PARTE

ESTUDO EMPÍRICO

Capítulo IV – OBJECTO DO ESTUDO

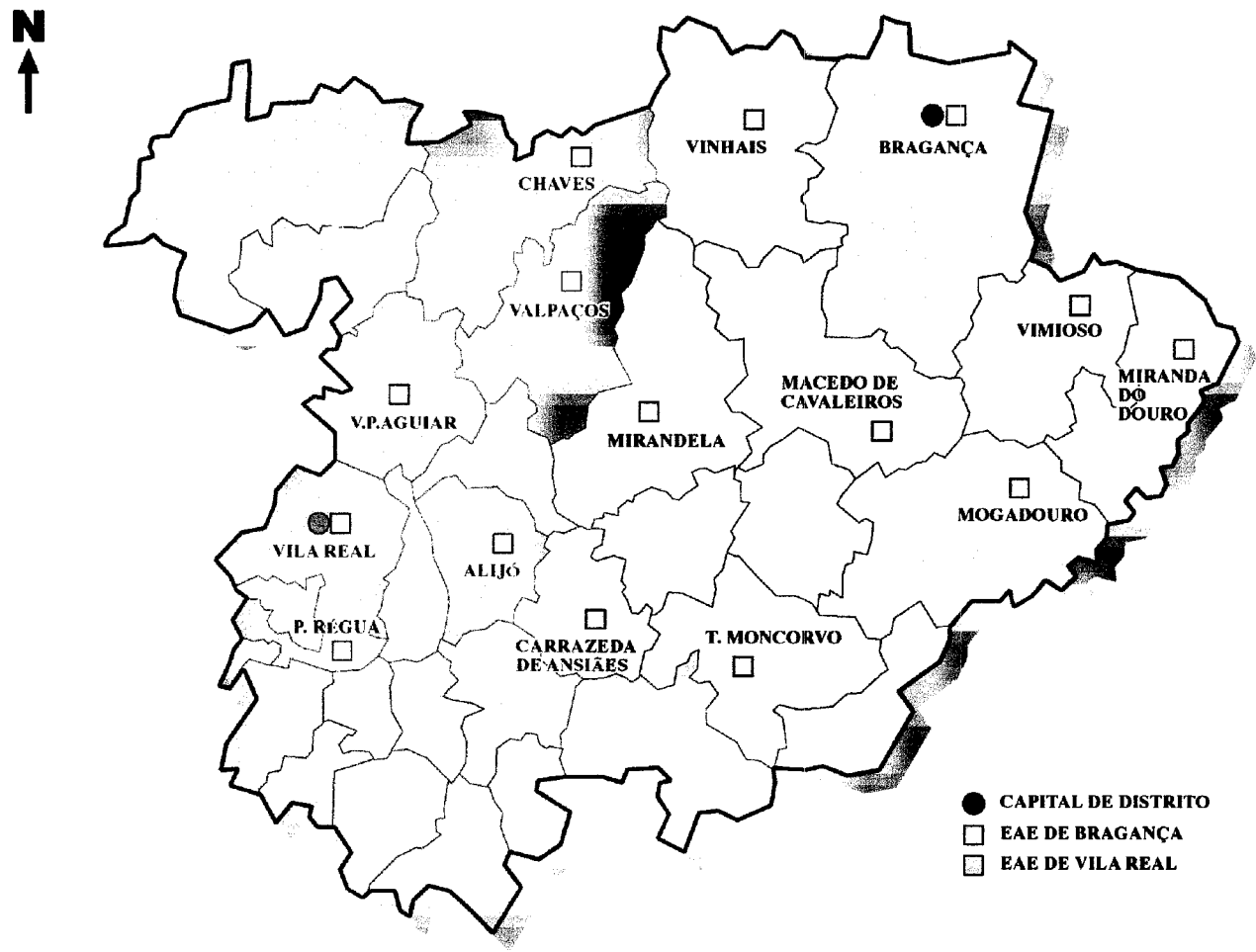
1 – LOCALIZAÇÃO DO ESTUDO

1.1 – Trás-os-Montes e Alto Douro (TMAD) : Breve caracterização

Dadas as distâncias que separam as Equipas de Apoios Educativos (EAE) existentes nos dois distritos — Bragança e Vila Real — que integram Trás-os-Montes e Alto Douro (TMAD), onde o presente estudo foi realizado, procuramos analisar algumas características que constituem um referencial comum, capaz de conferir uma certa homogeneidade dentro da diversidade.

No mapa 1, localizamos os diversos concelhos que constituem Trás-os-Montes e Alto Douro, destacando aqueles onde se localizam as EAE.

Mapa 1: Localização Geográfica das Equipas de Apoios Educativos (EAE)



1.1.2 - Caracterização Demográfica

Segundo Simões et al. (1996), os distritos de Bragança e Vila Real têm vindo a sofrer uma quebra acentuada de população, sobretudo a partir da década de sessenta, época em que se intensificaram os fluxos migratórios para o exterior.

A população residente nos 26 concelhos que integram Trás-os-Montes e Alto Douro (TMAD), diminuiu de 1991 para 1997 (valores estimados) confirmando-se a evolução negativa das últimas décadas. Relativamente à população residente que em 1991 era de 380.360 indivíduos, a região perdeu 3,3% da população.

De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatísticas (1999), a diminuição da população, na maioria dos concelhos da região, originou uma diminuição generalizada dos valores da densidade populacional. Em 1997, Trás-os-Montes e Alto Douro apresentava as mais baixas densidades populacionais da Região Norte e das mais baixas do País: Trás-os-Montes e Alto Douro: 84,5 hab/km²; Região Norte: 167 hab/km²; País: 108,3 hab/km².

O presente estudo, tem como objectivo caracterizar os Programas de Intervenção Precoce para crianças entre os 0 e os 3 anos, implementados ao nível das Equipas de Apoios Educativos do Ministério da Educação, na zona geográfica do país atrás referenciada. Consideramos pois, relevante proceder a algumas reflexões sobre a natalidade e mortalidade infantil registada nos referidos distritos, tomando como referência a natalidade e mortalidade infantil registada em meados da década de 80, para seguidamente nos situarmos na década de 90.

De acordo com dados fornecidos pelas Sub- Regiões de Saúde (1998) no distrito de Bragança a taxa de natalidade registada em 1987, foi de 10,6%, enquanto a taxa de mortalidade geral, no mesmo ano, era de 11%. Relativamente ao distrito de Vila Real a taxa de natalidade registada foi de 11,3%, enquanto a taxa de mortalidade geral era de 11,8%. Assim, ambos os distritos apresentam valores discrepantes dos da população portuguesa que registou, respectivamente, no mesmo ano, 11,8% e 9,2%. Verificamos pois, que os distritos de Bragança e Vila Real registaram uma taxa de mortalidade que suplantou a taxa de natalidade.

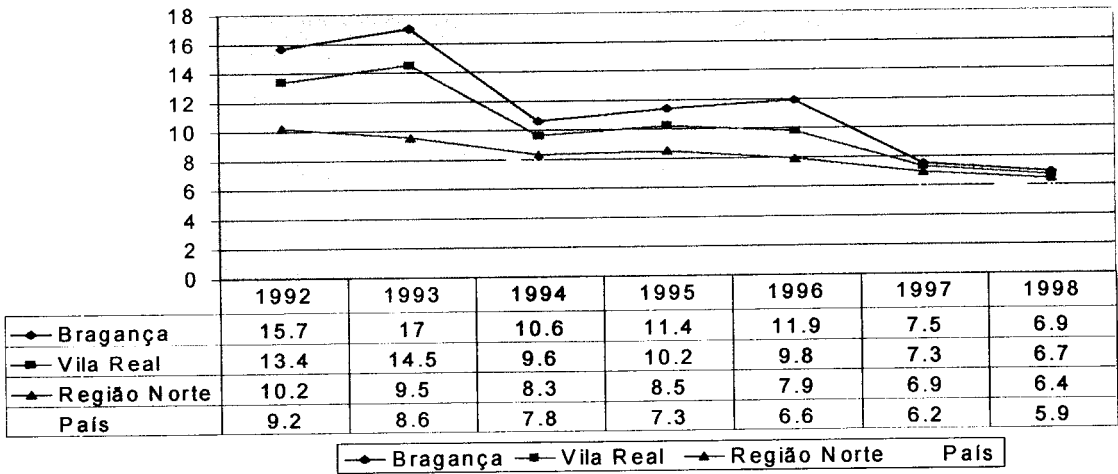
Ainda segundo dados fornecidos pelas Sub-Regiões de Saúde de Bragança e Vila Real, relativos à evolução da mortalidade infantil entre os anos de 1992 a 1998, comparando o País, a Região Norte, Bragança e Vila Real são os seguintes.

No distrito de Bragança, em 1992, em cada 1000 crianças nascidas vivas, 15,7 morreram com menos de um ano. Relativamente ao distrito de Vila Real e durante o mesmo ano, morreram 13,4. Ambos os distritos apresentam valores mais elevados comparativamente à Região Norte: 10,2 e ao País: 9,2.

Relativamente à mortalidade infantil em 1998, verificamos que no distrito de Bragança, em cada 1000 crianças nascidas vivas, 6,9 morreram com menos de um ano; no distrito de Vila Real 6,7 ; na Região Norte 6,4 e no País 5,9.

No gráfico 1 apresentam-se os valores acima descritos.

Gráfico 1 : Mortalidade Infantil
Comparação Bragança, Vila Real, Região Norte e País 1992 a 1998



A análise do gráfico 1 relativo à mortalidade infantil registada, entre os anos de 1992 a 1998, comparando os distritos de Bragança e Vila Real, a Região Norte e o País, verificamos que ambos os distritos, em 1998, registam uma tendência decrescente significativa relativamente ao ano de 1992. Se compararmos ainda a mortalidade infantil registada nos distritos de Bragança e Vila Real, na Região Norte e no País em 1998, respectivamente: 6,9; 6,7; 6,4 e 5,9, verificamos que se regista uma aproximação dos valores.

A diminuição da mortalidade infantil registada nos distritos de Bragança e Vila Real, em nossa opinião, resulta pois, não só do decréscimo natural da população residente mas, principalmente, da melhoria gradual que nos últimos seis anos se tem verificado ao nível dos cuidados de saúde prestados, nomeadamente na preocupação de vigilância que a saúde materna presta à grávida nos primeiros 3 meses de gravidez; na preocupação de vigilância em saúde infantil, desenvolvida nos primeiros 28 dias de vida e no aumento da taxa de cobertura do planeamento familiar.

Veiga (1995), referiu que os distritos de Bragança e Vila Real, em 1984, eram identificados como sendo distritos em que os indicadores da saúde eram particularmente preocupantes com uma taxa de mortalidade infantil superior à média nacional. Passados 14 anos constatamos, que se verifica uma evolução positiva com uma diminuição da mortalidade infantil. Importa no entanto referir que ambos os distritos, mas de uma forma mais acentuada o distrito de Bragança, continuam a ser penalizados no que diz respeito quer à falta de recursos humanos, nomeadamente de médicos de várias especialidades e profissionais de enfermagem, cujo funcionamento em equipas multidisciplinares é imprescindível particularmente nas tarefas de sinalização, rastreio e diagnóstico bio-médico das crianças que apresentam alterações no seu desenvolvimento.

1.1.3 - Caracterização Sócio - Cultural

Trás-os-Montes e Alto Douro que integra os distritos de Bragança e Vila Real, onde o presente estudo foi desenvolvido, apresenta um alto índice de analfabetismo, Simões et al. (1996). A incidência deste analfabetismo atinge principalmente a população mais idosa; esta situação tende, contudo, a agravar-se pois tem-se reforçado uma tendência de abandono precoce da escola por parte dos mais jovens. Este abandono acontece principalmente durante a transição do 6º para o 7º ano de escolaridade, em que a falta de motivação provocada pelo insucesso escolar e as condições sociais e económicas das famílias poderão ser as principais razões deste facto.

De acordo com dados fornecidos pelo INE (1998), com dados do Censo de 91, mais de 30% da população residente não tem qualquer diploma, 20% dos quais não

sabe ler nem escrever, cerca de 80% da população não tem mais de 4 anos de escolaridade e apenas 4% tem mais que o 12º ano de escolaridade.

Após termos procedido a uma breve caracterização da zona do país onde o presente estudo foi realizado, tomando como referência alguns indicadores nomeadamente o demográfico, constatamos que nos últimos anos se registou uma evolução positiva na taxa de mortalidade infantil.

Tal facto pressupõe que existem crianças com idades entre 0 e os 3 anos, podendo nós extrapolar dizendo que algumas destas crianças poderão apresentar problemas no seu desenvolvimento. Daqui decorre a necessidade das comunidades locais organizarem serviços nomeadamente, de Intervenção Precoce, que possam dar uma resposta adequada às necessidades destas crianças e das suas famílias.

Propomo-nos pois, nesta segunda parte do presente estudo identificar que características possuem os Programas de Intervenção Precoce, implementados ao nível das Equipas de Apoios Educativos do Ministério da Educação, para crianças com idades dos 0 aos 3 anos com necessidades educativas especiais.

Nos pontos seguintes, a apresentação do presente estudo será sistematizada da seguinte forma: descrição do problema, definição dos objectivos, caracterização dos participantes, descrição dos instrumentos e dos procedimentos metodológicos.

2 – Descrição do Problema

A tendência actual das várias correntes da psicologia apontam para a importância dos primeiros anos de vida no desenvolvimento cognitivo e social do indivíduo. Torna-se, também, evidente a influência que os factores socioculturais e socioeconómicos desempenham na criança.

Atendendo que os primeiros anos de vida, constituem um período decisivo no desenvolvimento da criança, já que é a fase mais activa do seu desabrochar para o mundo que a rodeia e uma etapa de aprendizagens extremamente rápida no que refere às aquisições comportamentais e evoluções sociais, compreende-se, pois, a importância fundamental da Intervenção Precoce.

Nos últimos 20 anos, assistiu-se ao aparecimento, em vários países, de inúmeros programas de Intervenção Precoce e a um interesse crescente por parte dos governos em actuar, o mais precocemente possível, junto das crianças com necessidades educativas especiais, privilegiando, sobretudo, o apoio às suas famílias.

Hoje, já não se discute se a Intervenção Precoce é ou não útil. A questão situa-se, sim, em saber quais são as práticas mais apropriadas e que produzem efeitos mais positivos nas crianças e nas famílias.

A investigação levada a cabo nos últimos anos, permitiu que se identificassem, de forma consensual, certos factores directamente relacionados com a boa qualidade das intervenções. Definiram-se, assim, quais as características a que devem obedecer os programas de Intervenção Precoce para crianças com necessidades educativas especiais, se os queremos eficazes.

Por outro lado, a publicação de legislação em Portugal, nomeadamente a portaria nº 52/97, de 21 de Janeiro através da qual, pela primeira vez, é reconhecido formalmente o desenvolvimento de actividades de Intervenção Precoce, no âmbito das estruturas educativas do Ministério da Educação e mais recentemente, o Despacho Conjunto nº 891/99, que prevê um enquadramento legal para as práticas em Intervenção

Precoce, são passos importantes para a concretização de programas de Intervenção Precoce.

Residindo nós numa zona geográfica do país, caracterizada já, de uma forma sucinta, num dos pontos do presente estudo, interessa-nos definir critérios aos quais os programas de Intervenção Precoce devem obedecer, de forma que à partida, determinadas condições de igualdade de oportunidades e de sucesso, possam estar asseguradas para todas as crianças com necessidades educativas especiais, independentemente da zona geográfica onde vivem.

3 – Definição dos Objectivos

Na tentativa de responder ao problema referido anteriormente, definimos, como objecto deste estudo, caracterizar os Programas de Intervenção Precoce para crianças entre os 0 e os 3 anos, implementados ao nível das Equipas de Apoios Educativos, do Ministério da Educação e concretizados em Trás-os-Montes e Alto Douro (TMAD).

Tendo em vista o objecto do presente estudo, propomo-nos atingir os seguintes objectivos:

- 1 – Perceber qual a abordagem actual que está subjacente aos programas de Intervenção Precoce, para crianças entre os 0 e os 3 anos, implementados ao nível das Equipas de Apoios Educativos do Ministério da Educação.
- 2 – Caracterizar os programas de Intervenção Precoce para crianças dos 0 aos 3 anos, com necessidades educativas especiais, numa determinada zona geográfica.
- 3 – Identificar quais as práticas mais apropriadas e que produzem efeitos mais positivos nas crianças e nas famílias.
- 4 – Definir critérios a que deverem obedecer os programas de Intervenção Precoce para crianças com necessidades educativas especiais, tendo em vista a sua eficácia.

4 – MÉTODO

4.1 - Participantes

4. 1. 1 - Equipas de Apoios Educativos (EAE)

Para a selecção dos participantes, começamos por identificar as Equipas de Apoios Educativos (EAE) que prestavam atendimento a crianças com necessidades educativas especiais ou em risco e respectivas famílias, obedecendo aos seguintes critérios:

- 1 – Atendiam crianças dos 0 aos 3 anos idade com necessidades educativas especiais ou em risco;
- 2 – Prestavam serviços às crianças e às famílias, pelo menos há um ano, sendo a modalidade de atendimento domicílio, ama ou creche, efectuando pelo menos uma sessão semanal, com a duração de aproximadamente duas horas;
- 3 – Dispunham de profissionais que constituindo as EAE, ou integrando outros serviços da comunidade, colaboravam com as Equipas na implementação dos programas de Intervenção Precoce;
- 4 – Estavam localizadas em Trás-os-Montes e Alto Douro (distritos de Bragança e Vila Real). O alargamento deste estudo a outros distritos comprometeria a sua exequibilidade.

Os dados recolhidos referem-se ao ano lectivo de 1998/ 99.

Numa **primeira fase**, começamos por solicitar aos Centros de Área Educativa (CAE) de cada um dos dois distritos, onde o presente estudo foi realizado, informações acerca das EAE existentes em cada uma das respectivas áreas de influência.

Os dados fornecidos pelo CAE, de ambos os distritos, referiam que no distrito de Bragança existiam nove Equipas e no distrito de Vila Real esse número era de seis.

Numa **segunda fase**, uma vez que os dados fornecidos pelos CAE eram relativos às equipas que atendiam crianças na faixa etária dos 0 aos 6 anos, contactamos telefonicamente cada Equipa, no sentido de identificar aquelas que atendiam crianças, na faixa etária dos 0 aos 3 anos, para assim integrarem a nossa amostra.

Das **quinze EAE** existentes, identificamos **dez**, que cumpriam os critérios de selecção previamente definidos. **Seis** encontravam-se localizadas no distrito de Bragança e **quatro** no distrito de Vila Real.

Por uma questão ética omitimos a designação de cada EAE, uma vez que atendendo ao número limitado das mesmas, tal permitiria facilmente a sua identificação. Assim identificamos cada Equipa, por letras maiúsculas de “A” a “J”.

No quadro 6 apresentamos a distribuição das EAE de acordo com a localização geográfica.

Quadro n.º 6: Distribuição das Equipas de Apoios Educativos de acordo com a localização geográfica

	Bragança	Vila Real	Total
Identificadas	9	6	15
Seleccionadas	6	4	10

Quanto ao tipo de funcionamento, das dez Equipas que integram o presente estudo, sete foram consideradas monodisciplinares, uma vez que são constituídas apenas por educadoras de infância de apoios educativos. As restantes três Equipas foram consideradas multidisciplinares, uma vez que as mesmas são constituídas, por educadoras de infância e por profissionais de diferentes áreas de formação que integrando outros serviços da comunidade, nomeadamente saúde e segurança social, colaboram com as Equipas na implementação dos Programas de Intervenção Precoce. Das seis Equipas localizadas no distrito de Bragança cinco foram consideradas monodisciplinares e uma multidisciplinar. Das quatro Equipas localizadas no distrito de Vila Real duas foram consideradas monodisciplinares e duas multidisciplinares.

No quadro n.º 7 apresentam-se sistematizados os dados anteriormente descritos.

Quadro n.º 7: Tipo de funcionamento e distribuição geográfica das EAE

	Bragança	Vila Real	Total
Monodisciplinares	5	2	7
Multidisciplinares	1	2	3
Total	6	4	

Quanto ao tempo que as dez Equipas atendem crianças, na faixa etária dos 0 aos 3 anos, uma das Equipas presta atendimento às crianças, na referida faixa etária, há um ano e as restantes nove há dois anos.

4.1.2 – Profissionais

A amostra de profissionais a exercerem funções nas 10 EAE é constituída por 21 educadoras de apoios educativos. Optamos ainda por incluir na amostra 10 técnicos que pertenciam a diferentes serviços com os quais as Equipas tinham projectos de colaboração.

A nossa amostra é pois constituída por 31 profissionais.

A idade dos profissionais varia entre os 26 e os 50 anos, com uma média de idades de 38 anos e o desvio padrão (DP) de 6,04. Relativamente ao estado civil, 25 são casados e 6 são solteiros, sendo 1 do sexo masculino e 30 do sexo feminino. Vinte e quatro profissionais têm formação académica correspondente a licenciatura e sete a bacharelato. Quanto à profissão, 21 são educadoras de infância das quais: 13 têm formação especializada, 7 não têm formação especializada e 1 tem formação específica em intervenção precoce; 3 terapeutas de fala; 3 fisioterapeutas; 3 assistentes sociais e 1 psicólogo.

No quadro n.º 8 apresentamos a distribuição dos profissionais por área de formação.

Quadro n.º 8: Distribuição dos Profissionais por área de formação

Profissão	F	%
Edu. Inf. Esp.	13	41,93
Edu. Inf. S/ Esp.	7	22,56
Edu. Inf. Esp. I. P.*	1	3,23
Terapeuta fala	3	9,68
Fisioterapeuta	3	9,68
Assistente social	3	9,68
Psicólogo*	1	3,23
Total	31	100

*Nota: Por conveniência os valores apresentados na rubrica chamada média, embora, se reportem apenas a um sujeito.

O tempo de serviço total varia entre 3 e 28 anos, com uma média de 13,4 anos e o desvio padrão de 6,09. O tempo de serviço em educação especial varia entre zero anos e vinte anos, sendo a média de 4,8 anos e o desvio padrão de 4,5. O tempo de serviço em intervenção precoce varia entre um ano e quatro anos.

No quadro n.º 9 apresentam-se sistematizados os dados anteriormente descritos.

Quadro n.º 9: Média de idade e tempo de serviço dos profissionais

Profissão		Média	D. P.	Min.	Max.
Edu. Inf. Esp. n =13	Idade	38	3,46	30	44
	T.S.T. ¹	13,62	4	9	22
	T.S.E.E. ²	5,92	4,31	3	20
	T.S.I.P. ³	2,46	0,52	2	3
Edu. Inf. S/Esp. n=7	Idade	32,29	4,35	27	38
	T.S.T.	9	3,92	5	15
	T.S.E.E.	3,57	1,13	2	5
	T.S.I.P.	1,71	0,49	1	2
Edu. Inf. Esp. I. P. n=1*	Idade	37	0	37	37
	T.S.T.	13	0	13	13
	T.S.E.E.	5	0	5	5
	T.S.I.P.	3	0	3	3
Terapeuta fala n=3	Idade	38	10,21	26	45
	T.S.T.	13,33	9,61	3	22
	T.S.E.E.	5	8,66	0	15
	T.S.I.P.	3	1	2	4
Fisioterapeuta n=3	Idade	35	5,51	29	39
	T.S.T.	9,67	4,04	5	12
	T.S.E.E.	2	3,46	0	6
	T.S.I.P.	3	1	2	4
Assistente social n=3	Idade	45,67	1,53	44	47
	T.S.T.	21,67	3,06	19	25
	T.S.E.E.	2	3,46	0	6
	T.S.I.P.	3,33	0,58	3	4
Psicólogo n=1*	Idade	50	0	50	50
	T.S.T.	28	0	28	28
	T.S.E.E.	15	0	15	15
	T.S.I.P.	4	0	4	4

*Nota: Por conveniência os valores apresentados na rubrica chamada média, embora, se reportem apenas a um sujeito.

- 1 – Tempo de Serviço Total (T.S.T.)
- 2 – Tempo de Serviço em Educação Especial (T.S.E.E.)
- 3 – Tempo de Serviço em Intervenção Precoce (T.S.I.P.)

Vinte e sete profissionais intervêm exclusivamente no domicílio e quatro profissionais intervêm no domicílio e na creche.

Todos os profissionais que atendiam crianças na faixa etária dos 0 aos 3 anos, foram convidados a participar.

Relativamente à distribuição dos profissionais por tipo de funcionamento das Equipas, era o seguinte: Nas equipas monodisciplinares exerciam funções 12 profissionais, sendo o total educadoras de infância, das quais 7 têm formação especializada e 5 não têm formação especializada. Nas equipas multidisciplinares exerciam funções 19 profissionais de formações diversificadas: 9 educadoras de infância, das quais 6 têm formação especializada; 2 não têm formação especializada e 1 tem especialização em intervenção precoce; 3 terapeutas de fala; 3 fisioterapeutas; 3 assistentes sociais e 1 psicólogo.

No quadro n.º 10 apresentamos a distribuição dos profissionais por tipo de funcionamento das Equipas.

Quadro n.º 10: Distribuição dos profissionais por tipo de funcionamento das EAE

Profissão	Monodisciplinares	F	%	Multidisciplinares	F	%
Educ. Inf. Esp.		7	22,58		6	19,53
Edu. Inf. S/ Esp.		5	16,13		2	6,45
Edu. Inf. Esp. I. P.*		Não			1	3,23
Terapeuta fala		Não			3	9,68
Fisioterapeuta		Não			3	9,68
Assistente social		Não			3	9,68
Psicólogo*		Não			1	3,23
Total		12	38,71		19	61,48

*Nota: Por conveniência os valores apresentados na rubrica chamada média, embora, se reportem apenas a um sujeito.

Todas as coordenadoras das Equipas nos possibilitaram o acesso ao processo individual das crianças, o que nos permitiu obter informações acerca do número de crianças atendidas, respectivas idades, bem como o tipo de problema.

Assim, os 31 profissionais atendem 50 crianças. A idade média das crianças, à data deste estudo, era de 1,94 variando entre um e os 3 anos. Quanto ao tipo de problema das crianças vinte e três, correspondendo a 46%, apresentavam atraso de desenvolvimento global (ADG), das quais doze crianças correspondendo a 52% eram atendidas pelos profissionais do distrito de Bragança, sendo as restantes onze, correspondendo a 48% atendidas pelos profissionais do distrito de Vila Real. Dezanove crianças, correspondendo a 38% apresentavam outros problemas de desenvolvimento, das quais doze correspondendo a 63% eram atendidas pelos profissionais do distrito de Bragança, sendo as restantes sete correspondendo a 37% atendidas pelos profissionais do distrito de Vila Real. As restantes oito crianças, correspondendo a 16% eram crianças em situação de risco, das quais seis eram atendidas pelos profissionais do distrito de Bragança e as restantes duas atendidas pelos profissionais do distrito de Vila Real.

No quadro n.º 11 apresentamos a distribuição dos problemas das crianças atendidas pelos profissionais em cada distrito.

Quadro n.º 11: Distribuição dos problemas das crianças pelos Profissionais por distrito

	Bragança		Vila Real		Total	
	F	%	F	%	F	%
Atraso de Desenvolvimento Global (ADG)	12	52	11	48	23	46
Outros problemas de desenvolvimento	12	63	7	37	19	38
Crianças em risco	6	75	2	25	8	16
Total	30		20		50	100

Neste estudo optamos por utilizar um método não probabilístico de amostragem embora cientes da impossibilidade de generalização dos dados e das conclusões obtidas para outras situações ou amostras para além daquelas em que a investigação se concretizou.

No quadro n.º 12 sintetizamos os dados referidos relativos à caracterização das EAE no que se refere ao número, profissionais que as integram e ainda ao número de

técnicos que se articulam com as Equipas, bem como ao número de crianças atendidas e que constituem a nossa amostra.

Quadro n.º 12: Número e tipo de profissionais das EAE que atendem crianças dos 0 aos 3 anos; localização geográfica e número de crianças atendidas

EAE do distrito de Bragança	Nº de Educadores	Outros Técnicos	Nº de Educadoras em I.P	Nº de crianças atendidas
“A”	5	Não	1	3
“B”	3	Não	2	2
“C”	9	Não	4	7
“D”	12	Ter. Fala Fisioterapeuta Assistente Social Psicólogo	4	12
“E”	2	Não	1	1
“F”	2	Não	1	3
EAE do distrito de Vila Real				
“G”	6	Não	2	5
“H”	15	Ter. Fala Fisioterapeuta Assistente Social	1	4
“I”	8	Não	2	2
“J”	17	Ter. Fala Fisioterapeuta Assistente Social	4	11
Total	79	10	21	50

A amostra foi, pois, constituída por 10 EAE, 21 educadoras de apoios educativos, optando ainda por incluir na amostra os 10 profissionais de formações diversificadas que se articulam com as Equipas.

5 – Descrição dos Instrumentos e Procedimentos Metodológicos

5.1 - Instrumentos

Para a realização deste estudo, utilizamos os seguintes instrumentos:

- Para a avaliação dos programas

Escala para a Avaliação de Programas de Intervenção Precoce – versão não integral da “**Scale for Evaluating Early Intervention Programmes**” de David Mitchell, publicada em 1991, traduzida e adaptada por Veiga, 1995.

Trata-se de uma Escala adaptada por Veiga em 1995, para a elaboração do estudo “Intervenção Precoce e Avaliação – Estudo Introdutório”.

5.1.1 - “Escala de Avaliação dos Programas de Intervenção Precoce”, (Mitchell, 1991)

Na sua versão original este instrumento é constituído por 51 itens, que constituem 51 critérios, nos quais se baseia a avaliação da política e prática dos programas de Intervenção Precoce. Estes itens distribuem-se por 14 dimensões, concretamente:

- I – Crianças atendidas pelo programa** (O programa está a fazer atendimento a crianças com diversos tipos de deficiências e expostos a factores de risco significativo- **3 itens**);
- II – Avaliação** (Número de avaliações desenvolvidas nas áreas abrangidas pelo programa – **5 itens**);
- III – Currículo** (Quais as estratégias incluídas no programa com vista a promover a interacção pais- criança – **7 itens**);
- IV – Aconselhamento e Apoio** (A família está a receber aconselhamento e apoio por parte dos profissionais, da criança com necessidades educativas especiais e suas famílias – **4 itens**);

- V – Defesa dos Direitos** (O pessoal envolvido no programa procura e/ou responde às oportunidades para agir em defesa dos direitos – **2 itens**);
- VI – Abordagem Transdisciplinar** (O profissional responsável pela criança e família está a servir eficazmente de elemento de ligação entre a família e a equipa que se encontra semanalmente em reunião de supervisão – **2 itens**);
- VII – Formação do Pessoal** (As reuniões de supervisão e outras acções de formação previstas estão a servir eficazmente em termos de formação e apoio aos profissionais – **4 itens**);
- VIII – Avaliação do Programa** (Os mecanismos previstos para a avaliação do impacto estão a ser cumpridos como se pretende – **3 itens**);
- IX – Sensibilidade Cultural** (Estão a ser respeitados os desejos, crenças e valores daqueles a quem o programa se destina – **2 itens**);
- X – Coordenação Interserviços** (Os mecanismos de coordenação entre serviços montados estão a proporcionar uma troca de serviços eficaz – **2 itens**);
- XI – Relacionamento Pais- Profissionais** (Os pais e os profissionais estão a trabalhar em conjunto numa verdadeira relação de parceria. Existe verdadeiro diálogo. O profissional considera e respeita a opinião dos pais – **3 itens**);
- XII – Integração** (O programa inclui oportunidades para crianças com necessidades educativas especiais e para os seus pais terem contacto com crianças não deficientes – **2 itens**);
- XIII – Localização e condições físicas da instituição (4 itens);**
- XIV – Administração/Organização (8 itens).**

Veiga (1994), na versão adaptada eliminou as dimensões (IX) e (XIV). De acordo com Veiga (1994), as razões desta opção residiu no facto da questão “sensibilidade cultural” não ser particularmente relevante no contexto da implementação dos programas de Intervenção Precoce em Portugal.

Tendo como objecto do presente estudo caracterizar os Programas de Intervenção Precoce, implementados ao nível das EAE e concretizadas na zona geográfica de Trás-os-Montes e Alto Douro, consideramos que algumas das questões da dimensão “administração/organização” são relevantes para a problemática em estudo, optando por manter algumas das questões que integram esta dimensão. A versão por nós utilizada eliminou também a dimensão “Localização e condições físicas da instituição”

que está prevista na versão original da “*Scale for Evaluating Early Intervention Programmes*”. De acordo com Mitchell (1991), a eliminação desta dimensão pode verificar-se quando o programa não for implementado num Centro¹⁶. “Quando o Programa de Intervenção Precoce, não inclui uma componente baseada no centro, esta dimensão pode ser eliminada”, (p. 54).

No presente estudo, dos dez programas implementados pelas EAE, oito têm como modalidade de atendimento o domicílio, sendo os restantes dois desenvolvidos no domicílio e na creche. Assim, consideramos que a eliminação desta dimensão não comprometeria os objectivos deste estudo, uma vez que se trata fundamentalmente de um estudo exploratório.

A versão final utilizada no presente estudo, apresenta 42 itens que se distribuem por 12 dimensões dos programas de Intervenção Precoce.

A versão final está patente no anexo1 deste estudo.

Segundo Veiga (1995), Mitchell considera duas dimensões na avaliação dos programas:

- a) “A avaliação de produtos ou “somativa”, que permite relacionar o *input*, os objectivos e desenho do programa e perceber em que medida os seus objectivos são concretizados relativamente às crianças e às famílias envolvidas;
- b) A avaliação de processos, ou formativa, que procura aprofundar o sistema de valores e enquadramento conceptual subjacente aos procedimentos e estrutura do programa. Este tipo de avaliação permite analisar em que medida os aspectos de um modelo de intervenção precoce estão a ser concretizados, sendo ponto de partida para a introdução de mudanças desejáveis no desenho dos programas”.

¹⁶ Corresponde às modalidades de atendimento que em Portugal se designam por creche e jardim de infância.

6 - Procedimentos na recolha de dados

6.1 - A entrevista

Contactamos telefonicamente o(a) responsável pela coordenação de cada Equipa de Apoios Educativos. Nesse contacto foram explicados os objectivos do estudo a que nos propusemos e disponibilizavam-se para a concretização de uma entrevista, realizada a um dos elementos da coordenação, sendo a entrevista efectuada nas instalações do programa em estudo.

As entrevistas foram gravadas, com o conhecimento dos intervenientes, uma vez que desta forma seria possível uma análise e classificação das respostas mais cuidada. Cada entrevista teve a duração média de 60 minutos.

6.1.1 - Análise e classificação das respostas

Para cada item estão estabelecidos 4 níveis de critério (A,B,C,D), que permitem a classificação das respostas.

Concretamente:

- “A” – A política e a prática do programa estão inteiramente de acordo com o critério.
- “B” - A política e a prática do programa estão globalmente de acordo com o critério.
- “C” - A política e a prática do programa estão de acordo com o critério apenas de forma reduzida ou restrita.
- “D” - A política e a prática do programa não estão de acordo com nenhum aspecto do critério.

Vejamos, por exemplo, o item33 da dimensão X – **Coordenação Interserviços:**

X – Coordenação Interserviços

33. Quando estão envolvidos múltiplos serviços e/ou profissionais na Intervenção Precoce o programa desempenha um papel activo na:

- a) coordenação da prestação de serviços;
- b) planeamento de futuros desenvolvimentos na comunidade na qual está localizado.

Questões:

33.1. Que papel desempenha o seu programa com outros serviços na coordenação de serviços para crianças com necessidades educativas especiais?

33.2. Que papel desempenha o seu programa na planificação do desenvolvimento futuro de serviços para crianças com necessidades educativas especiais na comunidade?

Cotação:

A – O programa contempla os aspectos do critério.

B – O programa contempla um dos aspectos do critério.

C – O programa contempla parcialmente ambos os aspectos do critério.

D - O programa faz pouco esforço para contemplar um dos aspectos do critério.

De acordo com a resposta obtida para estas questões um destes níveis será atribuído, traduzindo o nível a que o programa se situa face a determinado critério. Supondo que o programa faz pouco esforço para contemplar um dos aspectos do critério; então para o item 33 o nível de critério adequado será o nível D.

Desta forma, a análise das respostas, obtidas através da entrevista, permite definir a que nível do critério se situa cada um dos programas relativamente a cada um dos critérios estabelecidos.

Após a análise e classificação das respostas, foi atribuído a cada um dos níveis do critério uma quantificação.

“A” – 4 pontos

“B” – 3 pontos

“C” – 2 pontos

“D” – 1 ponto

Esta cotação permitiu obter somatórios para cada um dos programas, de forma a identificar os que estavam próximos ou mais distantes dos critérios estabelecidos. Embora esta análise seja interessante, o potencial deste procedimento reside, sobretudo, no facto de desta forma, ser possível fazer a análise das dimensões mais descuradas e aquelas que os programas cuidam melhor. No próximo capítulo aprofundaremos estes aspectos.

- Para o estudo da percepção dos profissionais acerca do modo como as famílias são abrangidas pelos Programas

6.1.2 - Escala de Avaliação de Práticas na Intervenção Precoce Centradas na Família – A Self-Rating of Family-Centered Practices in Early Intervention (“Brass-Tacks”)¹⁷

Esta Escala foi desenvolvida para ajudar a clarificar os programas, as equipas e os profissionais de Intervenção Precoce a determinar até que ponto as suas práticas reflectem uma abordagem centrada na família.

A utilização da Escala “Brass Tacks” teve um duplo objectivo:

- a) Determinar até que ponto as políticas e práticas dos profissionais reflectem uma abordagem centrada na família;
- b) Identificar mudanças no programa e nas práticas individuais a serem desenvolvidas, no sentido de serem mais centradas na família.

Este segundo instrumento foi utilizado em dois formatos – **escala e entrevista** - tendo sido aplicado às educadoras das EAE e aos técnicos que se articulam com as Equipas.

¹⁷ Esta escala foi adaptada por P.J. McWilliam R.A. & R.A. McWilliam(1993) da “*Brass Tacks*”construída por McWilliam & Winton em 1990, no Frank Porter Graham Child Developmental Center da Universidade de Carolina do Norte, Chapel Hill, NC 27599 – 8180.

Começamos por proceder à tradução e pilotagem do instrumento. A pilotagem foi realizada num Centro de Intervenção Precoce pertencente ao Centro Regional do Norte – Unidade de Avaliação e Desenvolvimento em Intervenção Precoce (UADIP). O instrumento nos dois formatos – **escala e entrevista** – foi aplicado a uma coordenadora e cinco técnicos da Equipa B desta instituição. De acordo com as sugestões dos referidos profissionais introduzimos algumas alterações, que consistiram na reformulação de algumas questões, de acordo com a sintaxe portuguesa, para tornar mais adequada a sua compreensão.

6.1.2.1 - Estrutura da Escala

A Escala de Avaliação de Práticas em Intervenção Precoce Centradas na Família (“**Brass Tacks**”) é constituída por 24 itens distribuídos por 4 áreas de prestação de serviços.

Estas são as seguintes:

- Área # 1 : Primeiros Encontros com as Famílias – **6 itens**
- Área # 2 : Identificação de Metas para a Intervenção – **7 itens**
- Área # 3 : Planificação da Intervenção para Crianças e Famílias – **6 itens**
- Área # 4 : Prestação de Serviços do Dia - a - Dia – **5 itens**

Dentro de cada uma das 4 áreas de prestação de serviços é fornecida uma lista de práticas específicas para trabalhar com as famílias. É utilizada uma questão formato que permite a quem responde identificar numa escala de cotação até que ponto o profissional ou o seu programa está envolvido em cada prática listada.

Cada uma das áreas de prestação de serviços é constituída por duas sub-dimensões. A **primeira** é relativa à **frequência** com que cada profissional se envolve em cada uma das práticas listadas. Estas práticas estão listadas sobre a forma de escala tipo Likert, de cinco pontos, variando desde “**Nunca - 1**” até “**Sempre - 5**”. A **segunda** sub-dimensão da escala é relativa à **importância** que os profissionais atribuem a cada prática, variando desde “**Não Importante - 1**” até “**Crítico**” – **5**”.

A “**Brass-Tacks**” formato escala (cf. Anexo 2) juntamente com a ficha de caracterização demográfica dos profissionais (cf. Anexo 3) foram enviadas pelo correio.

Posteriormente foi marcada com cada profissional a data para a realização da entrevista. As entrevistas foram realizadas na sede da Equipa de Coordenação de Apoios Educativos, com a duração de cerca de 40 minutos.

A versão está patente no Anexo 4.

Capítulo V – APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

1 – Apresentação dos Resultados

1.1 - “Escala de Avaliação dos Programas de Intervenção Precoce”

O quadro 13 que apresentamos na página seguinte, apresenta os resultados relativos à informação emergente obtida neste estudo exploratório, pela aplicação da Escala de Mitchell (adaptação de Veiga1995).

Assim, na primeira linha do quadro estão representados os diferentes programas avaliados identificados pelas letras de “A” a “J”. Nas colunas correspondentes a cada uma das letras estão assinaladas as cotações obtidas através das respostas a cada um dos itens da escala, representados na segunda coluna do quadro. Estes itens, como já referimos, estão distribuídos por doze dimensões assinaladas na primeira coluna com numeração romana.

Para cada um dos programas foi obtido um somatório que resulta, da soma dos pontos obtidos por cada programa, através da administração da escala. Para cada programa foram ainda calculadas a mediana, média e o desvio padrão. A quantificação das respostas permitia o aprofundamento da análise no sentido de perceber quais as dimensões mais problemáticas, isto é, aquelas relativamente às quais os programas estavam mais afastados do critério e aquelas relativamente às quais os programas se encontravam mais próximas do critério. Para clarificar esta análise, consideramos as quantificações obtidas pelos programas em relação a cada uma das dimensões e calculamos a média. Estes dados encontram-se registados na última coluna do quadro. É esta análise que procuramos privilegiar neste trabalho, na medida em que permite perceber as fragilidades dos programas de Intervenção Precoce, ao nível das Equipas de Apoios Educativos na região onde o presente estudo foi desenvolvido.

A seguir ao quadro 13 apresenta-se a análise qualitativa mais exaustiva dos dez programas designados por letras de “A” a “J” (cf. Quadros 14 a 23).

Uma vez que no nosso estudo utilizamos dois instrumentos para a recolha de dados, sendo um deles utilizado em dois formatos (escala e entrevista), optamos por apresentá-los e interpretá-los separadamente.

Resultados relativos à informação emergente da aplicação da Escala de Mitchell (adaptação de Veiga, 1995)

		PROGRAMAS										Média	Média		
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J				
D I M E N S Õ E S	I	1	4	4	3	4	4	2	4	2	4	4	3,5	2,90	
		2	1	1	4	4	1	4	4	4	4	1	2,8		
		3	1	1	1	3	2	2	3	4	3	4	2,4		
	II	4	1	1	1	4	2	3	4	4	3	2	2,5	1,86	
		5	1	1	1	3	1	1	1	2	1	3	1,5		
		6	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,0		
		7	2	1	2	2	1	1	1	3	1	2	1,6		
		8	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1,7		
	III	9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,0	2,11	
		10	3	3	3	3	1	3	1	3	1	3	2,4		
		11	2	1	2	2	1	2	2	4	3	3	2,2		
		12	1	1	1	2	1	2	2	3	2	2	1,7		
		13	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,0		
		14	2	2	2	2	1	1	2	3	2	2	1,9		
	IV	15	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2	1,6	2,05	
		16	2	2	2	3	2	2	3	4	3	2	2,5		
		17	3	2	1	3	2	1	1	3	1	3	2,0		
		18	3	2	2	4	3	2	2	2	3	4	2,7		
	V	19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,0	2,30	
		20	1	2	2	2	2	2	2	4	3	2	2,2		
	VI	21	2	2	2	2	2	2	2	4	3	3	2,4	1,65	
		22	1	1	1	3	1	1	1	3	1	3	1,6		
	VII	23	1	1	1	4	1	1	1	2	1	4	1,7	2,35	
		24	4	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2,8		
25		3	3	2	4	3	3	2	4	3	4	3,1			
26		2	2	1	2	1	2	2	3	2	3	2,0			
VIII	27	1	1	1	4	1	1	1	2	2	1	1,5	1,70		
	28	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1,8			
	29	2	2	2	2	1	2	2	3	2	2	2,0			
X	30	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1,3	2,45		
	33	3	1	3	4	1	2	2	2	2	2	2,2			
XI	34	3	2	3	3	1	3	3	3	3	3	2,7	1,90		
	35	2	1	2	4	1	3	2	3	2	3	2,3			
	36	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1,3			
XII	37	1	1	2	3	1	1	3	3	3	3	2,1	3,05		
	38	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3,2			
XIV	39	3	3	3	3	3	3	3	4	2	2	2,9	2,84		
	46	2	2	2	2	1	2	2	3	2	3	2,1			
	47	3	2	3	3	3	2	3	4	3	3	2,9			
	48	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4,0			
	50	2	2	4	2	2	2	2	3	2	4	2,5			
		54	3	2	3	3	2	3	3	3	2	3	2,7		
Somatório		88	76	88	117	73	86	90	122	94	109				
Mediana		2	2	2	3	2	2	2	3	2	3				
Média		2,10	1,81	2,10	2,79	1,74	2,05	2,14	2,90	2,24	2,57				
Desvio pad.		0,93	0,83	0,96	0,90	0,89	0,85	0,95	0,88	0,91	0,91				

	Programas	Dimensões
Média	2,24	2,24
Desvio pad.	0,69	0,90

Quadro 13 – Apresentação de Resultados

I Crianças Atendidas no Programa	Atende os diversos tipos de deficiências, incluindo criança “em risco”; a terminologia utilizada é crianças com atraso de desenvolvimento global; as crianças são atendidas a partir dos 6 meses; não existe lista de espera; a divulgação é feita pelos serviços do Departamento de Educação Básica, por escrito; e pelos profissionais da equipa, oralmente.
II Avaliação	As crianças são avaliadas trimestralmente do ponto de vista do seu desenvolvimento; a educadora é a única responsável pela avaliação; a avaliação inclui a observação directa da criança sendo desenvolvida no domicílio; os pais assumem o papel de observadores, prestando simultaneamente informações; avaliação das necessidades das famílias é feita de uma forma muito genérica. Não é fornecida qualquer informação dos resultados da avaliação aos pais, só se for solicitado.
III Curriculo	A programação é elaborada a partir da avaliação tendo em conta as áreas fortes e fracas das crianças; o suporte teórico é frágil, manifestando algum conhecimento sobre as teorias do desenvolvimento da criança, mas com dificuldades em articular claramente isto; apresenta dificuldades em articular as actividades com a rotina familiar e com os objectivos da família para a criança; não é feita uma avaliação da qualidade das interacções pais/crianças, embora exista a preocupação em encorajar os pais a serem responsivos às iniciativas da criança; valorização das situações de jogo espontâneo e informal.
IV Aconselhamento e Apoio	Existe alguma sensibilidade relativamente às necessidades da família e um desejo de as implicar em todo o processo, mas a falta de profissionais especializados, na equipa, para proporcionar esse apoio às famílias é sentido como um obstáculo, no entanto, há um encaminhamento para outros serviços; não existe associação de pais, mas informa os pais sobre os escassos recursos de que a comunidade dispõe; não organiza acções de formação para pais.
V Direitos	Todos os profissionais são sensíveis aos direitos das crianças com necessidades educativas especiais, embora o programa não disponha de qualquer documento onde os mesmos se encontrem explicitados.
VI Abordagem Transdisciplinar	Não há uma articulação com outros profissionais, sendo a educadora a única responsável pela criança e pela família.
VII Formação do Pessoal	Tanto a coordenadora como a educadora têm especialização embora não em Intervenção Precoce; manifesta alguma dificuldade no trabalho com as famílias; não organiza acções de formação mas os profissionais da equipa participam em acções de formação, dispendendo o equivalente a 8 dias por ano; o procedimento usual para iniciar os novos elementos é a descrição do trabalho, existindo uma lacuna relativamente a informação escrita relevante proporcionada; nenhum dos coordenadores frequentou formação na área de supervisão.

VIII Avaliação do Programa	O programa realiza avaliações duas vezes por ano, mas estas baseiam-se em impressões gerais e pouco objectivas; o impacto nas crianças das práticas desenvolvidas, não é avaliado sistematicamente; o acompanhamento depois das crianças terem terminado o atendimento é feito através da referenciação aos profissionais para onde as crianças são encaminhadas.
X Coordenação Interserviços	A falta de recursos disponíveis na comunidade faz com que o esforço de articulação com outros serviços seja muito maior, tendo como consequência uma resposta desadequada e acarretando às famílias encargos financeiros que nem todas podem suportar.
XI Relacionamento Pais/Profissionais	Existe um bom relacionamento entre pais/profissionais; as contribuições dos pais são valorizadas pela educadora, embora as mesmas sejam mais consideradas na intervenção do que na planificação; é solicitada autorização dos pais para o acesso ao processo individual da criança por técnicos exteriores ao programa; a modalidade de atendimento é exclusivamente domiciliária.
XII Integração	Proporciona algumas oportunidades de integração, tendo em conta o referido no Decreto Lei 319/91.
XIV Administração/ Organização	As famílias são mantidas informadas acerca do trabalho por via oral; o programa dispõe de informações relativas às famílias envolvidas no programa e ao material existente (livros, brinquedos e outro equipamento); o atendimento das crianças não exige dos pais qualquer comparticipação monetária; no final do ano lectivo cada profissional elabora um relatório sobre o trabalho desenvolvido

Quadro 14 – Programa – “A”

I Crianças Atendidas no Programa	Atende crianças com todos os tipos de deficiências e crianças em risco; a terminologia utilizada é crianças com atraso de desenvolvimento global; o atendimento inicia-se a partir do ano de idade, tempo que medeia desde que o médico faz o diagnóstico até ao encaminhamento para a equipa; a divulgação é feita pelos serviços do Departamento de Educação Básica de uma forma escrita, tendo as famílias do meio rural, pouco acesso à informação.
II Avaliação	As crianças são avaliadas trimestralmente do ponto de vista do seu desenvolvimento sendo a educadora a única responsável pela avaliação, uma vez que não há possibilidade de implicar outros profissionais; as crianças são avaliadas no domicílio; os pais são implicados contribuindo com informações acerca dos filhos e observando a avaliação da educadora; é feita alguma análise acerca das necessidades das famílias, mas de uma forma genérica; não é fornecida qualquer informação aos pais só se o solicitarem.
III Currículo	Os planos individuais incluem objectivos específicos mas as suas realizações em relação a esses objectivos não são sistematicamente avaliadas; os profissionais implicados não têm ideias claras acerca das bases teóricas do trabalho que desenvolvem; expressa dificuldades em articular os objectivos com a rotina diária da criança e com as preocupações familiares; os aspectos da interacção pais/filhos são pouco abordados, expressando a existência de reduzido tempo destinado à intervenção.
IV Aconselhamento e Apoio	Mostra sensibilidade em relação às necessidades emocionais e sociais das famílias; a comunidade é escassa em recursos que possam proporcionar apoio ou informações relevantes para a família; não organiza acções de formação para os pais.
V Direitos	Apresenta algumas preocupações com a defesa de direitos e oportunidades para as crianças com necessidades educativas especiais, embora não tenha desenvolvido uma filosofia explícita relativamente aos mesmos.
VI Abordagem Transdisciplinar	Não existe articulação com técnicos de outros serviços; a responsabilidade profissional relativamente a cada criança e família é da educadora que presta o apoio.
VII Formação do Pessoal	Uma das educadoras tem especialização e outra não tem; os profissionais dispendem cerca de 8 dias/ano, em acções de formação/seminários, embora durante o ano não tenham frequentado formação na área da Intervenção Precoce; os novos profissionais, que integram a equipa, são familiarizados com os objectivos do programa através da descrição dos mesmos, embora se verifique alguma lacuna relativamente à informação escrita proporcionada; nenhum dos coordenadores tem formação na área de supervisão.
VIII Avaliação do Programa	O programa realiza algumas avaliações pontuais sobre o trabalho desenvolvido, mas estas baseiam-se em impressões gerais e subjectivas; a avaliação do impacto nas crianças/famílias é feito ocasionalmente; o acompanhamento longitudinal, não se efectua.
X Coordenação Interserviços	A equipa tem dificuldades em se articular com os escassos recursos existentes da comunidade, embora esteja previsto a elaboração de um projecto que contempla a articulação com outros serviços existentes na comunidade (autarquia, centro de saúde); existem algumas preocupações na transição das crianças para outro contexto, nomeadamente no apoio prestado à família durante o processo.
XI Relacionamento Pais/Profissionais	Os pais não desempenham praticamente qualquer papel, nem na elaboração, nem na implementação das actividades; é solicitada autorização dos pais para tornar os registos acessíveis a técnicos fora da equipa; a modalidade de atendimento é exclusivamente domicílio.
XII Integração	Proporciona algumas oportunidades de integração, de acordo com o previsto no Decreto Lei 319/91.
XIV Administração/ Organização	Os pais são mantidos informados acerca do desenvolvimento do trabalho através de informação oral; na sede do programa existem informações relativamente às famílias envolvidas e ficheiros relativos à correspondência e ao escasso material existente; o atendimento das crianças não requer dos pais qualquer participação monetária; no final do ano lectivo cada profissional elabora um relatório sobre o trabalho desenvolvido.

Quadro 15 – Programa – “B”

I Crianças Atendidas no Programa	Atende crianças com diversos tipos de deficiências; não atende crianças em risco; a terminologia utilizada é crianças com atraso de desenvolvimento global; o atendimento é feito a partir do momento em que as crianças são sinalizadas; não existe lista de espera; a divulgação é feita, de uma forma escrita, pelo Departamento de Educação Básica, através de um desdobrável, o programa não desenvolve qualquer iniciativa.
II Avaliação	As educadoras são as únicas responsáveis pela avaliação das crianças, não utilizando instrumentos de suporte à mesma. A avaliação não é realizada de uma forma regular; as crianças são avaliadas no domicílio exclusivamente; a função dos pais limita-se a serem observadores e a prestar algumas informações; existe uma sensibilidade relativamente às necessidades das famílias mas não é feita a avaliação das mesmas. É fornecida informação oral dos resultados.
III Currículo	Não existe uma programação curricular cuidada; são definidos objectivos específicos que não são sistematicamente avaliados; suporte teórico frágil, baseado nas teorias de desenvolvimento; dificuldades em articular os objectivos com a rotina diária da criança e as preocupações familiares; os aspectos da interacção pais/filhos não são avaliados através de qualquer registo; demonstra alguma valorização pelo jogo não estruturado, mas não é feita uma abordagem do mesmo junto dos pais.
IV Aconselhamento e Apoio	Mostra alguma sensibilidade em relação com as necessidades da família; não dispõe de técnicos com especialização nestas áreas e a comunidade local é escassa em recursos que possam proporcionar apoio ou informações relevantes para a família; não organiza acções de formação para os pais.
V Direitos	Manifesta algumas preocupações com a defesa dos direitos e oportunidades para as crianças com necessidades educativas especiais, embora não tenha desenvolvido uma filosofia escrita sobre o mesmo.
VI Abordagem Transdisciplinar	Há uma articulação muito pontual com alguns profissionais do hospital, mas a educadora é a única responsável pelo apoio prestado às crianças e à família.
VII Formação Do Pessoal	A maioria dos profissionais tem especialização, apenas uma educadora não tem especialização, no entanto, expressam dificuldades no trabalho com as famílias; para além de frequentarem acções de formação/seminários, também as organizam; não existe procedimentos para integrar os novos profissionais; os coordenadores não receberam formação no âmbito da supervisão.
VIII Avaliação do Programa	No final do ano lectivo é elaborado um relatório que se baseia em impressões, genéricas e subjectivas, ficando arquivado na sede da equipa; não avalia objectiva e sistematicamente o seu impacto nas famílias.
X Coordenação Interserviços	Existe alguma tentativa de coordenação e articulação dos recursos disponíveis, nomeadamente com a unidade de avaliação/tratamento precoce do hospital, assim como algumas preocupações na transição das crianças para uma outra estrutura (creche ou jardim de infância).
XI Relacionamento Pais/Profissionais	Os pais têm uma função passiva na elaboração do programa, colaborando com as educadoras na implementação do mesmo; é solicitada autorização dos pais no sentido de que técnicos exteriores à equipa possam ter acesso ao processo individual da criança; a modalidade de atendimento é domicílio e creche, no domicílio os pais têm alguma participação, embora o trabalho esteja mais centrado na educadora; no atendimento na creche os pais não têm qualquer participação, embora exista um bom relacionamento com os pais.
XII Integração	O programa proporciona oportunidades de integração, tendo em vista o referido no Decreto Lei 319/91.
XIV Administração/ Organização	Os pais são mantidos informados oralmente; o programa dispõe, na sua sede, de informações relativas às famílias envolvidas bem como um inventário sobre o material disponível (livros, brinquedos, jogos) e outro equipamento utilizado, sendo grande parte das educadoras; o atendimento das crianças é gratuito, as educadoras verificam as condições gerais dos materiais sempre que necessário; no final do ano cada profissional elabora um relatório sobre o trabalho desenvolvido.

Quadro 16 – Programa - “C”

I Crianças Atendidas no Programa	Atende crianças com necessidades educativas especiais no seu sentido mais amplo, incluindo crianças em risco; a terminologia utilizada é atraso de desenvolvimento global; as crianças são atendidas a partir do momento que são identificadas e encaminhadas para a equipa. Não existe lista de espera; a divulgação é feita, por escrito, pelo Departamento de Educação Básica através de um desdobrável e da informação oral feita pelos profissionais que constituem a equipa, através de reuniões com as famílias.
II Avaliação	As crianças são avaliadas regularmente do ponto de vista do seu desenvolvimento, estando envolvidos nesta avaliação, os pais e os profissionais da equipa de intervenção precoce do Centro de Educação Especial., com a Qual o programa tem um protocolo de colaboração e ainda as educadoras da equipa. As crianças são geralmente observadas noutro contexto (creche, domicílio). Os pais observam e prestam informações no momento da avaliação sendo frequente proporcionar-lhes informações escrita acerca dos resultados do processo. É feita uma análise das necessidades das famílias, sem recorrer à utilização de instrumentos de suporte.
III Curriculo	De um modo geral o plano individual inclui objectivos específicos, os quais só pontualmente são avaliados. O suporte teórico subjacente a estas propostas baseia-se no conhecimento acerca dos modelos de intervenção precoce, embora manifeste alguma dificuldade em articular as actividades com a rotina da família. Existe a preocupação de melhorar as interacções entre pais e filhos. O jogo não estruturado e as actividades ocasionais são incrementadas.
IV Aconselhamento e Apoio	Mostra alguma sensibilidade quanto às necessidades da família, procurando mobilizar recursos ou encaminhando-as para os serviços competentes. A informação acerca de grupos ou organizações de apoio só ocasionalmente é fornecida. Não organiza cursos de formação para pais.
V Direito	Apresenta algumas preocupações com a defesa dos direitos e oportunidades para as crianças com necessidades educativas especiais. Não possui material escrito disponível aos pais ou à comunidade.
VI Abordagem Transdisciplinar	O programa trabalha em articulação com profissionais de outro serviço, os quais prestam colaboração na avaliação da criança, intervindo quando necessário. Embora o modelo de trabalho seja multidisciplinar, não se verifica no entanto a transdisciplinaridade necessária.
VII Formação do Pessoal	Das quatro educadoras só uma não tem especialização, embora nenhuma seja especializada em Intervenção Precoce; manifesta alguma dificuldade no trabalho com as famílias. Existem oportunidade para participarem em acções de formação/seminários. Os novos elementos são familiarizados com o trabalho a desenvolver, de uma forma verbal através dos elementos da coordenação, existindo uma lacuna relativamente à informação escrita proporcionada.

VIII Avaliação do Programa	A equipa realiza avaliações de carácter genérico, desenvolvendo no final do ano uma avaliação mais aprofundada, elaborando um relatório sobre o trabalho, desenvolvido quer com as crianças quer com as famílias. Está previsto um acompanhamento das crianças que terminam a intervenção, sendo estas referenciadas aos professores de ensino regular.
X Coordenação Interserviços	Existe um projecto de colaboração com serviços exteriores à comunidade (Misericórdia, Centro de Saúde, Autarquia), no sentido de uma rentabilização dos escassos recursos existentes, bem como a articulação com a equipa de Intervenção Precoce do Centro de Educação Especial de Bragança. Encontra-se, em fase de elaboração um projecto para a constituição de um gabinete para avaliação das crianças. Existem também algumas preocupações relativamente às fases de transição , embora a falta de recursos humanos seja uma barreira.
XI Relacionamento Pais/Profissionais	Existe um diálogo constante entre pais/profissionais. Os profissionais consideram importantes as informações dos pais para a elaboração do plano individual de trabalho, respeitando a decisão dos pais em tudo o que diz respeito às crianças. É solicitada autorização dos pais para tornar os registos acessíveis a técnicos fora da equipa. A modalidade de atendimento é domicílio e creche.
XII Integração	A equipa proporciona oportunidades significativas de integração no sentido de dar cumprimento ao estabelecido no Decreto Lei 319/91.
XIV Administração/ Organização	Os pais vão sendo mantidos a par do desenvolvimento do trabalho através de reuniões e durante as secções Domiciliárias. Na sede da equipa de coordenação de apoios educativos existe um arquivo contendo dados sobre as famílias abrangidas, inventários de livros, brinquedos e outro equipamento existente. A educadora verifica sistematicamente o estado de conservação do material utilizado; a falta de material faz com que a educadora tenha que recorrer a material pessoal. No final do ano, cada profissional elabora um relatório sobre o trabalho desenvolvido.

Quadro 17 – Programa – “D”

I Crianças Atendidas no Programa	Atende crianças com diversos tipos de deficiência, incluindo crianças em risco, a terminologia utilizada é crianças com necessidades educativas especiais; o atendimento das crianças inicia-se entre os 6 meses e 1 ano de idade, dependendo do tempo que o médico demora a fazer o diagnóstico e o respectivo encaminhamento para o programa; não existe lista de espera; a divulgação é feita, por escrito, através dos serviços de Departamento de Educação Básica e oralmente pelos profissionais do programa.
II Avaliação	As crianças são avaliadas tendo em conta o seu desenvolvimento global, sendo a educadora a responsável; dificuldade em envolver outros técnicos; a avaliação inclui a observação directa da criança, sendo desenvolvida exclusivamente no domicílio; os pais assumem o papel de “prestadores” de informação e simultaneamente de observadores; é feita uma avaliação das necessidades das famílias mas de uma forma genérica.
III Currículo	Existe um plano individual para cada criança, com objectivos específicos definidos os quais não são sistematicamente avaliados; o suporte teórico é frágil, expressando bastante dificuldades em articular as bases teóricas do trabalho com as práticas desenvolvidas; dificuldade em articular os objectivos com a rotina diária das crianças e as preocupações familiares; os aspectos da interacção pais/filhos não são registados de uma forma estruturada; as situações de ensino espontâneo e informal são valorizadas.
IV Aconselhamento e Apoio	Mostra pouca sensibilidade relativamente às necessidades da família; a comunidade é escassa em recursos que possam proporcionar apoio à família; não organiza acções de formação para os pais.
V Direitos	Expressa algumas preocupações com a defesa dos direitos e oportunidades para as crianças com necessidades educativas especiais, embora não tenha desenvolvido uma filosofia explícita sobre os mesmos.
VI Abordagem Transdisciplinar	Não há articulação com profissionais de outros serviços; a responsabilidade do apoio prestado a criança é a família é unicamente da educadora.
VII Formação do Pessoal	A educadora não possui especialização; dispense uma média de 8 dias, por ano, em acções de formação/seminários; os profissionais não frequentaram formação na área de Intervenção Precoce; não existem procedimentos para iniciar os novos profissionais; os coordenadores não possuem formação na área de supervisão.
VIII Avaliação do Programa	Trimestralmente é feita uma reflexão acerca do trabalho desenvolvido, a qual assume um carácter genérico; não avalia objectiva e sistematicamente o impacto nas famílias; poucas ou nenhuma tentativas foram feitas para acompanhar as crianças após terem terminado o atendimento.
X Coordenação Interserviços	A coordenação e articulação com os escassos recursos disponíveis é pouco contemplada bem assim como a preocupação com os momentos de transição das crianças para outro contexto de atendimento.
XI Relacionamento Pais/Profissionais	Os pais não desempenham praticamente qualquer papel, nem na elaboração nem na intervenção embora exista bom relacionamento; é solicitada autorização dos pais para tornar os registos acessíveis a técnicos fora do programa; a modalidade de atendimento é exclusivamente domicílio.
XII Integração	O programa prevê algumas oportunidades de integração, no seguimento do contemplado no Decreto Lei 391/91.
XIV Administração/ Organização	O programa dispõe na sua sede, de informações relativas às famílias envolvidas, bem como de livros, brinquedos e outro equipamento utilizado; o atendimento das crianças não requer, dos pais, gastos monetários; a educadora esporadicamente verifica as condições gerais dos materiais utilizados no suporte das actividades; o programa dispõe de pouco material/brinquedos tendo que as educadoras, adaptar ou utilizar material próprio; no final do ano lectivo, cada profissional elabora um relatório acerca do trabalho desenvolvido.

Quadro 18 – Programa – “E”

I Crianças Atendidas no Programa	Atende crianças com atraso de desenvolvimento global; as crianças são atendidas a partir do momento em que são enviadas para o programa; não existe lista de espera; a divulgação escrita limita-se à que é feita pelo Departamento de Educação Básica.
II Avaliação	A avaliação é feita tendo em vista o desenvolvimento global da criança; a educadora é a única responsável elaborando os seus próprios instrumentos; a avaliação inclui a observação directa da criança sendo desenvolvida no domicílio; os pais observam a avaliação e contribuem prestando informações acerca dos filhos; é feita alguma análise acerca das necessidades das famílias, mas sem recurso a instrumentos.
III Curriculo	Elabora-se um programa individual que inclui objectivos específicos, mas as realizações em relação a esses objectivos não são sistematicamente avaliados; o suporte teórico é frágil, expressando alguns conhecimento nesta área, mas com dificuldade em articular os mesmos com as práticas desenvolvidas; dificuldades em articular as actividades com as rotinas e os objectivos familiares para cada criança; procura melhorar a qualidade das interacções pais/filhos, mas não faz o registo das mesmas; o trabalho é centrado em situações informais fornecendo orientação aos pais sobre a maneira de ensinar a criança aproveitando o jogo espontâneo.
IV Aconselhamento e Apoio	Existe sensibilidade relativamente às necessidades da família, mas a falta de profissionais com formação nesta área condiciona o tipo de respostas; a comunidade local é escassa em recursos que possam proporcionar apoio ou informações relevantes para a família; não existe associação de pais; o programa não organiza acções de formação para os pais.
V Direitos	Expressa algumas preocupações com a defesa dos direitos e oportunidades das crianças com necessidades educativas especiais; não dispõe de material escrito disponível aos pais e à comunidade.
VI Abordagem Transdisciplinar	Não há articulação com profissionais de outros serviços a responsabilidade profissional relativamente a cada criança e família está entregue à educadora.
VII Formação do Pessoal	A educadora não tem especialização; o programa não organiza acções de formação, mas os profissionais que constituem a equipa participam em acções de formação/seminários, embora durante o ano não tenham frequentado formação no âmbito da intervenção precoce; os novos elementos são familiarizados com o trabalho a desenvolver através da descrição do mesmo; a coordenadora do programa não teve acesso a formação na área de supervisão.
VIII Avaliação do Programa	O programa realiza avaliações pontuais, três vezes por ano, de carácter genérico; a avaliação do impacto nas crianças não se faz.
X Coordenação Interserviços	Existe alguma tentativa de coordenação e de articulação com outros serviços (Centro de Saúde e Autarquia), encontrando-se em fase de elaboração um projecto de Intervenção Precoce, que prevê a articulação com os referidos serviços; nos momentos de transição das crianças para outro contexto, procura apoiar aos pais nas decisões.

XI Relacionamento Pais/Profissionais	Existe um bom relacionamento pais/profissionais. Os profissionais valorizam e incentivam os pais a participar, principalmente na intervenção das actividades; é solicitada a autorização dos pais para os registos das crianças serem acessíveis a técnicos exteriores ao programa, a modalidade de atendimento é exclusivamente domiciliária.
XII Integração	Proporciona algumas oportunidades de integração no sentido do referido no Decreto Lei 319/91.
XIV Administração/ Organização	Os pais são mantidos informados acerca do trabalho oralmente; o programa dispõe, na sua sede, de informações acerca das famílias envolvidas, inventários de livros, brinquedos e outro equipamento; não exige dos pais qualquer comparticipação monetária; a educadora verifica o estado de conservação dos brinquedos e restante equipamento esporadicamente, material este que existe em pouca quantidade, tendo a educadora que adaptar e utilizar material próprio; no final do ano, cada profissional elabora um relatório sobre o trabalho desenvolvido.

Quadro 19 – Programa – “F”

<p>I Crianças Atendidas no Programa</p>	<p>Atende crianças com diversos tipos de deficiências e crianças em risco, sendo “risco” definido como características que as crianças possuem à nascença, ou ainda características resultantes do meio social adverso (tais como perda de peso, falta de higiene, maus tratos, ...). A terminologia utilizada para definir as crianças que atende e crianças com necessidades educativas especiais; o início da intervenção é a partir dos três meses; não existe lista de espera; os serviços são divulgados através da equipa de coordenação e da educadora de apoios educativos, através de reuniões com os pais e a autarquia, para os sensibilizar e informar dos serviços prestados.</p>
<p>II Avaliação</p>	<p>As crianças são avaliadas no início da intervenção, ao meio do ano e no final, sendo avaliadas do ponto de vista dos diferentes domínios do desenvolvimento, tais como, cognitivo, psicomotor e afectivo. Os instrumentos utilizados são elaborados pela educadora, ou por vezes, adaptados de outros já existentes. A educadora é a responsável pela avaliação. Os pais prestam informações no processo de avaliação que decorre no domicílio. Os pais são informados do resultado oralmente; o processo de avaliação não inclui uma avaliação sistemática dos pontos fortes e das necessidades da família, aspectos abordados apenas em situações de crise solicitando por vezes o envolvimento de outros serviços uma vez que o programa é constituído exclusivamente por educadoras.</p>
<p>III Currículo</p>	<p>Não existe uma programação curricular cuidada, os objectivos específicos não são sistematicamente avaliados; o suporte teórico é frágil; dificuldade em articular os objectivos com a rotina diária da criança e as preocupações familiares; as actividades desenvolvidas têm como preocupação a generalização de capacidades; incentiva os pais a melhorar a qualidade da interacção com os filhos; apresenta alguma valorização pelo jogo não estruturado, motivando as crianças para que aprendam de forma espontânea.</p>
<p>IV Aconselhamento e Apoio</p>	<p>Manifesta sensibilidade relativamente às necessidades dos elementos da família, mas como o programa não dispõe de técnicos de áreas de formação diversificadas; faz um encaminhamento para outros serviços, o que nem sempre é fácil, pois verifica-se uma desarticulação entre os mesmos; a comunidade é escassa em recursos que possam proporcionar apoios ou informações relevantes para a família; informa os pais sobre serviços a que se devem dirigir tendo em vista a obtenção de subsídios (rendimento mínimo ...); não existe associação de pais.</p>
<p>V Direitos</p>	<p>Apresenta algumas preocupações com a defesa dos direitos e oportunidades para as crianças com necessidades educativas especiais, não dispõe de material escrito disponível aos pais ou comunidade.</p>
<p>VI Abordagem Transdisciplinar</p>	<p>A responsabilidade profissional relativamente à educação da criança e ao apoio a prestar à família, está entregue à educadora que presta apoio uma vez que o programa é constituído só por educadoras.</p>

VII Formação do Pessoal	As educadoras que constituem o programa têm formação especializada; os novos elementos são familiarizados com os objectivos a desenvolver, através da descrição do trabalho; a coordenadora do programa não dispõe de qualquer formação em supervisão.
VIII Avaliação do Programa	Não se fazem avaliações sistemáticas das práticas desenvolvidas, apenas se fazem avaliações pontuais sem recurso a instrumentos.
X Coordenação Interserviços	Existem algumas preocupações de encaminhamento e de articulação com os escassos recursos de comunidade, assim como algumas preocupações na transição das crianças para outros contextos (ex: ama e creche).
XI Relacionamento Pais/Profissionais	Normalmente são as educadoras que desempenham um papel significativo na elaboração e implementação do trabalho com as crianças. Os pais desempenham um papel de colaboradores, existindo um bom relacionamento; os pais são questionados a dar autorização ao acesso ao processo individual da criança a técnicos exteriores ao programa.
XII Integração	O programa proporciona oportunidades de integração, procurando dar cumprimento ao estabelecido no Decreto Lei 319/91.
XIV Administração / Organização	A intervenção é desenvolvida no domicílio; o programa dispõe na sua sede de dados sobre as famílias envolvidas, bem como um inventário de livros, brinquedos e materiais; o material/ brinquedos utilizados pelas educadoras são, na maior parte das vezes, das mesmas ou adaptado por elas. O programa dispõe de escassos recursos materiais; cada educadora elabora no final do ano lectivo um relatório acerca do trabalho desenvolvido.

Quadro 20 – Programa – “G”

I Crianças Atendidas no Programa	Atende crianças com atraso no desenvolvimento global; não existem crianças expostas a risco identificadas; a terminologia utilizada é crianças com atraso de desenvolvimento global, as crianças são admitidas a partir dos 0 anos; existe lista de espera; a divulgação na comunidade é feita através da distribuição de um desdobrável elaborado pelo Departamento de Educação Básica, consultas de Pediatria do Hospital, consultórios médicos, permanência de um elemento da equipa de coordenação no Conselho Municipal de Educação. Nas zonas rurais a divulgação é feita através dos párocos.
II Avaliação	As crianças são avaliadas trimestralmente do ponto de vista do comportamento adaptativo com relevância para o desenvolvimento psicomotor e mecanismos da linguagem. Utilização de escalas do Modelo Portage; a primeira avaliação é feita no hospital; existem algumas crianças que vão fazer terapia (fala e fisio) ao hospital; as avaliações incluem a observação directa das crianças, sendo efectuadas em contexto domiciliário; envolvimento dos pais no processo de avaliação é informativo sendo-lhe fornecida, por escrito, os resultados do processo. A avaliação inclui a avaliação das necessidades da família utilizando alguns instrumentos de suporte e com encaminhamento para os serviços competentes exteriores ao programa.
III Curriculo	As avaliações assumem um papel importante na elaboração da programação diária, com a formulação de objectivos específicos adaptados às necessidades de cada criança. A base teórica de suporte ao programa é o Modelo Portage, numa perspectiva centrada na família, estabelecendo com a mesma uma relação de igualdade, colaboração e parceria e também com alguns serviços da comunidade nomeadamente, o hospital tendo elaborado um projecto para organização/criação de uma unidade de avaliação terapêutica precoce; preocupação em articular as actividades com a rotina e com as prioridades dos pais; demonstra sensibilidade no incremento das interacções pais/filhos e do jogo não estruturado, mas as actividades respeitam quase exclusivamente uma estrutura curricular.
IV Aconselhamento e Apoio	Demonstra sensibilidade em relação às necessidades dos elementos que constituem a família proporcionando, um aconselhamento e encaminhamento adequado, servindo de elo de ligação a outros serviços e profissionais. Não oferece cursos de formação para os pais.
V Defesa dos Direitos	Apresenta preocupações com a defesa dos direitos e oportunidades para as crianças com necessidades educativas especiais, embora não dispõem de material escrito disponível aos pais e à comunidade.
VI Abordagem Transdisciplinar	Existe articulação com profissionais de outros serviços. Embora o modelo de trabalho seja multidisciplinar não se verifica ainda a transdisciplinaridade necessária.

VII Formação do Pessoal	A única educadora de apoio ao programa é tem especialização, embora sem formação específica em Intervenção Precoce. A educadora dispõe de 8 dias por ano para participar em acções de formação. Os novos elementos que passam a integrar a equipa são familiarizados com o projecto nomeadamente através da entrega de documentação. Não tem havido iniciativas na organização de acções de formação no âmbito da supervisão.
VIII Avaliação do Programa	É efectuada uma avaliação trimestral do trabalho, onde são ouvidos os profissionais da equipa e os pais; os resultados do trabalho quer no desenvolvimento das crianças quer nas próprias famílias à avaliado, mas de uma forma pouco objectiva.
X Coordenação Interserviços	Existem iniciativas de articulação com diferentes serviços da comunidade (Centro de Saúde, Hospital, Segurança Social, Municípios e Paróquias). Manifesta também algumas preocupações relativamente ao momento de transição das crianças para outros contextos, os pais são apoiados ao longo do processo sendo prática frequente as educadoras acompanharem os pais.
XI Relacionamento Pais/Profissionais	Há um envolvimento dos pais na planificação e na execução das actividades. É mantida uma confidencialidade total relativamente aos registos das crianças, sendo solicitada previamente a autorização por escrito aos pais para o acesso ao processo individual da criança de elementos exteriores ao programa. A modalidade de atendimento e domicílio onde a educadora desempenha uma função de orientação dos pais e de “confidente” dos próprios pais.
XII Integração	Proporciona algumas oportunidades de intervenção de acordo com o Decreto Lei 319/91, relativo aos direitos das crianças com necessidades educativas especiais e das respectivas famílias.
XIV Administração/ Organização	Os pais vão sendo mantidos informados acerca do desenvolvimento do programa, quer através de informação oral quer escrita. Na sede do programa existe um arquivo com as avaliações das crianças, dados sobre as famílias abrangidas e inventário de livros, brinquedos e outro equipamento utilizado. A educadora verifica sistematicamente as condições gerais dos brinquedos sendo a maior parte do equipamento, utilizado de suporte às actividades da educadora. O atendimento das crianças não exige qualquer comparticipação monetária por parte dos pais. É elaborado um relatório anual ficando uma cópia arquivada na sede da equipa de coordenação de apoios educativos.

Quadro 21 – Programa – “H”

I Crianças Atendidas no Programa	Atende crianças com necessidades educativas especiais, no seu sentido mais amplo, incluindo crianças em risco; a terminologia utilizada é crianças com necessidades educativas especiais. Não existe lista de espera. A divulgação é feita pelos profissionais da equipa oralmente e pelo Departamento da Educação Básica, através de um desdobrável.
II Avaliação	As crianças são avaliadas regularmente do ponto de vista do seu desenvolvimento global, os instrumentos utilizados são elaborados pelas educadoras ou adaptadas de outros já existentes; a responsável pela avaliação é a educadora. As crianças são observadas exclusivamente no contexto domiciliário. Os pais estão presentes na avaliação e fornecem informações, embora não lhes seja fornecida informação escrita sobre o resultado da avaliação. Não há uma avaliação sistemática das áreas fortes e das necessidades das famílias, o programa não dispõe de recursos para satisfazer essas necessidades; dificuldade de articulação e encaminhamento das famílias para outros serviços.
III Currículo	Existe um plano de trabalho elaborado para cada criança, que contém objectivos específicos os quais não são sistematicamente avaliados; não existe um currículo estruturado; as teorias subjacentes são baseadas no desenvolvimento da criança; procura-se articular os objectivos com as rotinas da criança e com as preocupações das famílias; a interacção pais/filhos é incentivada; valorização do jogo espontâneo para obter aprendizagens.
IV Aconselhamento e Apoio	Mostra sensibilidade para com as necessidades das famílias; falta de profissionais de formações diversificadas, para que possa proporcionar apoio e informações relevantes para a família; não existe associação de pais; o programa presta informações aos pais sobre os serviços a que se devem dirigir tendo em vista a obtenção de subsídios.
V Direitos	Demonstra algumas preocupações com a defesa dos direitos e oportunidades das crianças com necessidades educativas especiais, procurando informar os pais de associações existentes na comunidade local.
VI Abordagem Transdisciplinar	Não há acesso a profissionais de outras formações, sendo a educadora a única responsável pela criança e pela família.
VII Formação do Pessoal	Uma das educadoras tem especialização, embora não seja em intervenção precoce e a outra não tem formação especializada, dispendendo de 8 dias para frequentar acções de formação/seminários que ao longo do ano não estiveram relacionados com a Intervenção Precoce. A integração de novos elementos na equipa, faz-se pela descrição do trabalho a desenvolver. Não se realizam acções de formação no âmbito da supervisão.

VIII Avaliação do Programa	Avaliações pontuais e genéricas sendo baseadas em impressões gerais; está previsto a utilização de um inquérito a ser distribuído aos pais para recolher informações acerca da satisfação dos mesmos relativamente ao programa. O acompanhamento longitudinal das crianças e respectivas famílias é difícil de prever, embora considere importante a continuidade do atendimento, noutros contextos.
X Coordenação Interserviços	Tentativas de articulação e de encaminhamento para outros serviços, que são escassos na comunidade, preocupação com a transição das crianças para outros contextos formais ou informais, sobretudo no acompanhamento dos pais.
XI Relacionamento Pais/Profissionais	Os pais não são praticamente implicados na planificação, embora seja incentivada a participação dos mesmos na intervenção. É solicitada a autorização dos pais para o acesso ao processo individual da criança.
XII Integração	Existe uma filosofia explícita sobre a integração, promovendo-se oportunidades para os pais e crianças contactarem com crianças ditas “normais”.
XIV Administração/ Organização	O atendimento é exclusivamente domiciliário. A equipa dispõe de dados sobre as famílias abrangidas; inventário dos livros e materiais, sendo os brinquedos e materiais, em grande parte, pertença da educadora. O atendimento das crianças é complemento gratuito excluindo as situações em que seja necessário a aquisição de equipamentos especial para as crianças. Fracas condições de trabalho nomeadamente no que diz respeito à falta de recursos humanos e materiais e também à falta de formação das educadoras para trabalhar com as famílias. No final do ano cada profissional da equipa, elabora um relatório sobre o trabalho desenvolvido.

Quadro 22 – Programa – “I”

I Crianças Atendidas no Programa	Atende crianças com diversos tipos de deficiência e em risco desde que haja vaga; o início da intervenção é a partir de um ano de idade, tempo que normalmente os técnicos de saúde demoram para fazer um diagnóstico correcto e encaminhar as crianças para o programa; tem lista de espera tendo as crianças que esperar um ano, a não ser que alguma desista da intervenção; os serviços prestados são divulgados pelo Departamento de Educação Básica e pela equipa médica do hospital; a terminologia utilizada é crianças com necessidades educativas especiais.
II Avaliação	As crianças são avaliadas pela primeira vez pela equipa médica do hospital. Após a entrada no programa a educadora desenvolve a sua avaliação, utilizando registos descritivos baseados em observações naturalísticas e utilizando como suporte algum material do Programa Portage; mensalmente a equipa reúne com os técnicos de saúde, onde é feita uma reavaliação dos casos. A responsabilidade da avaliação é partilhada por ambos os serviços (saúde/educação); as crianças são também observadas no domicílio; os pais na avaliação observam e prestam informações acerca dos filhos, sendo-lhes proporcionada informação oral no momento; é feita uma análise acerca das necessidades das famílias, mas de uma forma genérica e sem utilizar instrumentos.
III Currículo	De um modo geral os planos individuais incluem objectivos específicos, os Quais não são sistematicamente avaliados; suporte teórico frágil com dificuldades na explicação do trabalho; dificuldades em articular os objectivos com a rotina diária da criança e as preocupações familiares; procura encorajar os pais a interagirem com as crianças e a serem sensíveis às iniciativas das mesmas: expressa alguma valorização pelas actividades não estruturadas sendo partilhada com os pais.
IV Aconselhamento e Apoio	É sensível às necessidades das famílias, procurando através da articulação com outros técnicos dar-lhes uma resposta adequada; não existe associação de pais, presta informações sobre os grupos ou associações existentes na comunidade não organiza acções de formação para pais.
V Direitos	Apresenta algumas preocupações com a defesa dos direitos e das oportunidades para as crianças com necessidades educativas especiais; não possui material escrito sobre isso.
VI Abordagem Transdisciplinar	O programa dispõe de três coordenadores; nas reuniões não se faz um estudo aprofundado de casos, trabalhando as educadoras em articulação com os serviços de saúde; a distribuição das crianças assenta em critérios de racionalidade geográfica; verifica-se uma certa facilidade no acesso a especialistas de acordo com a equipa multidisciplinar do hospital, onde algumas crianças recebem terapia nomeadamente da fala e fisio.

VII Formação do Pessoal	A maioria das educadoras tem formação especializada, existindo uma educadora que possui especialização em intervenção precoce; as educadoras dispõem cerca de 8 dias, por ano em acções de formação/seminários; os novos elementos que integram, a equipa são familiarizados com os objectivos do programa, sendo-lhe disponibilizado material escrito; nenhuma das coordenadoras frequentou formação no âmbito da supervisão.
VIII Avaliação do Programa	Desenvolve uma avaliação no final do ano, elaborando um relatório, mas a avaliação é genérica e subjectiva; não é avaliado sistematicamente o impacto nas crianças; o acompanhamento longitudinal é esporádico.
X Coordenação Interserviços	Existe alguma tentativa de coordenação e articulação com outros serviços disponíveis na comunidade local assim como preocupações na transição das crianças para uma outra estrutura (creche ou jardim de infância), apesar da falta de recursos humanos que constituem uma barreira.
XI Relacionamento Pais/Profissionais	Não se constata a percepção de que profissionais e pais fazem parte de uma mesma equipa; os pais são pouco implicados na planificação, embora na intervenção a colaboração seja visível. É solicitada autorização aos pais para o acesso a técnicos exteriores à equipa, ao processo individual da criança, a modalidade de atendimento é exclusivamente domicílio.
XII Integração	Proporciona oportunidades de integração de acordo com o estabelecido no Decreto Lei 319/91.
XIV Administração/ Organização	Os pais são informados, oralmente, sobre o trabalho que vai sendo desenvolvido; existe um arquivo relativo às informações das famílias envolvidas e inventários sobre livros, brinquedos e outro equipamento existente; o atendimento das crianças não exige dos pais comparticipação monetária; as educadoras são as responsáveis pela verificação do estado de segurança dos brinquedos e restante equipamento utilizado no suporte das actividades. A pouca diversidade de material faz com que as educadoras e os técnicos tenham que recorrer a materiais dos próprios. No final do ano lectivo, cada profissional elabora um relatório sobre o trabalho desenvolvido.

Quadro 23 – Designação do Programa – “J”

2 – Análise e interpretação dos resultados

2.1 - “Escala de Avaliação dos Programas de Intervenção Precoce”

2.1.1 - Análise da informação emergente da comparação inter- dimensões

Dimensão I – Crianças atendidas

Após termos efectuado a análise das respostas às questões incluídas nesta dimensão constatamos que, de um modo geral, todos os programas consideram elegíveis para o apoio, crianças com qualquer tipo de deficiência ou com atraso de desenvolvimento.

Relativamente às crianças em risco ambiental, uma das equipas refere que as mesmas não são atendidas pelo programa e uma outra equipa refere que o atendimento a estas crianças se encontra limitado à existência de vaga. Apenas um programa dá uma definição formal de risco, referindo como indicadores, a falta de higiene, perda de peso e maus tratos.

Relativamente á terminologia utilizada para definir as crianças que atende, seis programas utilizam atraso de desenvolvimento global e quatro utilizam crianças com necessidades educativas especiais.

Dois programas consideram não dispor de recursos humanos necessários para poderem dar uma resposta, logo que as crianças são encaminhadas para o programa, pelo que existe lista de espera. Nestes casos os programas estabelecem como critérios para atendimento a idade (as crianças mais velhas têm prioridade) e a localização geográfica. Os restantes programas mencionam que têm capacidade de resposta para todas as crianças, embora a idade de atendimento das mesmas varie, entre os 3 meses e o ano de idade.

De um modo geral, a divulgação dos serviços prestados pelo programa é feita de uma forma informal junto de alguns serviços da comunidade local, nomeadamente, Centro de Saúde, Hospital e consultórios médicos e pelo Departamento de Educação Básica através de um desdobrável. Um dos programas menciona que, o facto de um dos coordenadores fazer parte do Conselho Municipal, é um meio utilizado para a divulgação do programa. O mesmo programa menciona ainda que, nas zonas rurais, utiliza o pároco como meio de divulgação e de consciencialização das comunidades locais.

Ainda relativamente à divulgação do programa é mencionada a realização de reuniões, pelas educadoras de apoios educativos com os pais e as autarquias, no sentido de os informarem e sensibilizarem para os benefícios de que podem dispor, quer para as crianças quer para as famílias, assim como dos serviços que prestam.

Esta dimensão obtém um valor médio dos mais elevados: 2,90.

Dimensão II – Avaliação

Sete dos programas referem que as crianças sinalizadas para os serviços de intervenção precoce são avaliadas, nas principais áreas do desenvolvimento, pela educadora de apoio.

Em dois programas, a avaliação das crianças é feita, pelo hospital participando, para além dos profissionais de saúde outros técnicos nomeadamente, psicólogo, fisioterapeuta e terapeuta de fala. Estes técnicos trabalham em articulação com as educadoras de apoios educativos. Verifica-se ainda que um terceiro programa, estabeleceu um protocolo de colaboração com o Centro de Educação Especial de Bragança o qual dispõe de uma equipa multidisciplinar de intervenção precoce constituída por psicólogo, fisioterapeuta e terapeuta da fala, sendo estes profissionais os responsáveis pela avaliação das crianças.

Quanto aos momentos de avaliação, seis dos programas referem que a avaliação formal é realizada três vezes por ano. Nos restantes programas a avaliação é informal, não existindo referência à utilização de qualquer instrumento para o registo da mesma. De um modo geral, todos os programas referem que a avaliação é realizada em contexto domiciliário.

Relativamente à implicação dos pais no processo de avaliação, de modo geral todos os programas referem que os pais estão pouco implicados, embora manifestem o desejo de que os pais assumam um maior envolvimento. Quatro dos programas referem que o papel dos pais é o de informantes prestando informações acerca dos problemas e das características dos seus filhos. Nos restantes seis programas os pais têm o papel de observadores e simultaneamente o de informantes. Quatro dos programas informam os pais oralmente dos resultados da avaliação, os restantes utilizam procedimentos diversificados.

A avaliação das necessidades e recursos da família, passo significativo na concretização de uma abordagem centrada na família é feita, na maioria dos programas, de uma forma informal, através do contacto e do conhecimento que as educadoras vão tendo da família. Nos três programas em que existe colaboração com técnicos de outros serviços, estes utilizam alguns instrumentos para avaliação da situação familiar, embora manifestem alguma resistência na utilização de alguns previamente estruturados.

Esta dimensão obtém um valor médio de 1,86.

Dimensão III - Currículo

De um modo geral, todos os programas referem que após a avaliação das competências e dificuldades no desenvolvimento de cada criança, é elaborado o plano de intervenção no qual são definidos objectivos específicos.

Relativamente ao currículo utilizado como base de suporte, apenas um programas refere o Modelo Portage, embora outros programas mencionem a utilização de alguns dos materiais, mas sem rigor e de uma forma não sistematizada.

A questão relativa às bases teóricas do programa é de difícil resposta. Apenas num caso é referida uma intervenção centrada na criança e na família.

Consta-se que todos os programas têm dificuldade em articular os objectivos definidos para a intervenção com a rotina familiar.

De um modo geral os programas, mostram-se sensíveis relativamente à importância que atribuem às interacções pais criança, embora a avaliação seja feita de uma forma informal, não existindo referência à utilização de qualquer forma de registo, como por exemplo vídeo, das mesmas. Da mesma forma, todos os programas referem valorizar as situações de ensino espontâneo e informal, mas geralmente proporcionam apenas um apoio global aos pais, no reforço da sua actuação espontânea e simultaneamente intencional.

Esta dimensão obtém um valor médio de 2,11.

Dimensão IV - Aconselhamento e Apoio

As respostas obtidas às questões contidas nesta dimensão, revelam uma abordagem fundamentalmente centrada na criança e nas suas necessidades educativas especiais. Embora todos os programas manifestem uma grande sensibilidade para com as necessidades da família, o tipo de equipas, constituídas essencialmente por educadoras, é uma das barreiras referida mais frequentemente, como dificuldade no apoio que muitas das famílias necessitam.

De um modo geral é prática dos programas, encaminhar as famílias para outros serviços. Outra preocupação evidenciada é a de fornecer toda a informação relativa aos subsídios a que a famílias têm direito.

Na zona geográfica abrangida pelo presente estudo não existem associações de pais para as famílias das crianças destas faixas etárias. As associações de pais que existem localizam-se nas escolas tendo, no entanto, um papel irrelevante no que diz respeito ao apoio às famílias de crianças com necessidades educativas especiais.

Nas comunidades que dispõem de associações, alguns dos programas, informam os pais da existência das mesmas e dos respectivos serviços que prestam. Nenhum programa organiza acções de formação dirigidas aos pais.

O valor médio obtido nesta dimensão é de 2,05.

Dimensão V - Defesa dos Direitos

De um modo geral, todos os programas apresentam alguma preocupação com a defesa dos direitos e oportunidades das crianças com necessidades educativas especiais e das respectivas famílias, embora não mencionem medidas já tomadas nesse sentido.

Esta dimensão obtém um valor médio de 2,30.

Dimensão VI - Abordagem Transdisciplinar

Sete dos coordenadores entrevistados referem que o programa não tem acesso a técnicos de áreas de formação diversificadas, sendo as educadoras as únicas responsáveis pelo apoio prestado à criança e à família. Os restantes três coordenadores

referem que os programas desenvolveram projectos de colaboração com técnicos de outros serviços da comunidade.

Um destes programas estabeleceu protocolo com o Centro de Educação Especial, estrutura que dispõe de uma equipa multidisciplinar de Intervenção Precoce, os outros dois programas estabeleceram protocolo com o Hospital. As crianças que são atendidas pelos técnicos destes serviços, que dispõem de técnicos de diferentes especialidades, nomeadamente, psicólogo, terapeuta de fala e fisioterapeuta, têm acesso a um modelo de intervenção multidisciplinar, não se verificando no entanto a transdisciplinaridade necessária, uma vez que não se ultrapassam as fronteiras tradicionais de cada disciplina.

A percentagem dos programas em que o modelo de intervenção é um monodisciplinar é muito superior à percentagem dos programas em que o modelo de intervenção é multidisciplinar.

Esta é a dimensão do presente estudo onde se obtém a média mais baixa: 1,65.

Dimensão VII - Formação do Pessoal

A maioria dos profissionais implicados nos programas não teve qualquer formação específica consistente na área de intervenção precoce, antes de iniciar a sua prática profissional neste contexto.

Existe um programa em que todas as educadoras são especializadas. A percentagem das educadoras especializadas é superior à das educadoras não especializadas, no entanto, em dois dos programas as educadoras não possuem qualquer especialização. Apenas uma educadora que integra um dos programas, possui formação específica em Intervenção Precoce.

Quanto aos procedimentos utilizados pelo programa para a integração de novos profissionais, verificamos que na maior parte dos casos não existe uma iniciação cuidada dos profissionais no sentido de os familiarizar com os objectivos do programa e com os pressupostos base do trabalho em equipa.

Relativamente à frequência de acções de formação ou seminários em Intervenção Precoce apenas foi manifestado existir uma educadora que as frequentou no último ano. A formação e actualização dos restantes profissionais decorre ao longo dos oito dias que cada um tem direito durante o ano lectivo.

Nenhum dos coordenadores dos dez programas entrevistados teve conhecimento da realização de acções de formação na área da supervisão.

Esta dimensão obtém o valor médio de 2,35.

Dimensão VIII - Avaliação do Programa

Nenhum dos programas organizou até ao momento, a avaliação sistemática e regular do seu próprio programa, nomeadamente, nos aspectos relacionados com os objectivos e as práticas.

Em três dos programas está prevista uma avaliação anual que, no entanto, ainda não se verificou. Quatro programas referem fazer avaliações trimestrais que se limitam a uma reflexão baseada em impressões gerais e subjectivas.

Quanto à avaliação que pressupõe uma análise do impacto, em função dos objectivos definidos, nenhum programa a realizou, no entanto, um dos programas menciona que está em fase de elaboração um inquérito para recolher informações dos pais acerca da satisfação dos mesmos com o programa.

Na maioria dos programas está previsto um acompanhamento das crianças quando transitam para outros contextos, existindo um programa que menciona o facto de referenciar estas crianças aos profissionais do ensino regular.

O valor médio obtido nesta dimensão é de 1,70.

Dimensão X - Coordenação entre Serviços

Em todos os programas envolvidos neste estudo, embora exista algum esforço por parte dos profissionais na articulação entre serviços, de um modo geral, os escassos recursos disponíveis na comunidade, é mencionado como uma barreira à efectivação dessa articulação.

Alguns dos programas referem que tal situação provoca o encaminhamento das crianças para serviços de outras zonas geográficas, situação que origina encargos financeiros que nem todas as famílias podem suportar e por outro lado, o tipo de serviço prestado às crianças atendidas nem sempre é o mais adequado mencionando ainda que por vezes, decorre muito tempo para as crianças serem atendidas pelos serviços

competentes. Esta situação é mencionada por um dos programas que embora localizado na sede do distrito, os pais têm que se deslocar com as suas crianças para fazerem terapias a um serviço localizado noutra zona geográfica, uma vez que não existem na comunidade local.

Contudo três dos programas mencionam a existência de projectos de articulação com serviços da comunidade, nomeadamente, Misericórdia, autarquia e com serviços exteriores à comunidade local. Esta situação é mencionada por um dos programas que se articula com a Equipa de Intervenção Precoce do Centro de Educação Especial Bragança, tutelado pelo Centro Regional de Segurança Social.

Além da escassez de serviços disponíveis em algumas das comunidades, pelo conhecimento que temos da situação, parece-nos que uma outra barreira será a não existência de um bom relacionamento entre profissionais de programas de Intervenção Precoce dependentes de diferentes serviços (Educação e Segurança Social).

Relativamente à transição para outro contexto, nomeadamente, Creche e Jardim de Infância, todos os programas mencionam que constitui uma das preocupações dos profissionais embora dois dos programas refiram que a falta de recursos humanos constitui uma limitação no acompanhamento das crianças, bem como no apoio prestado às famílias abrangidas.

Esta dimensão obtém um valor médio de 2,45.

Dimensão XI - Relacionamento Pais / Profissionais

Todos os programas mencionam que existe um bom relacionamento entre pais e profissionais, caracterizado por um diálogo constante, embora os pais assumam um papel bastante passivo ao longo de todo o processo de avaliação/intervenção e sobretudo na elaboração do plano individual. De um modo geral os profissionais incentivam os pais a participar na execução das actividades.

Há excepção de um programa que menciona os pais como não sendo considerados membros da equipa, todos os restantes programas mencionam a existência de um relacionamento positivo entre pais e profissionais e ainda manifestam o desejo de que é importante aprofundar e fortalecer o relacionamento entre ambos os intervenientes.

Relativamente ao acesso ao processo individual de cada criança todos os programas mencionam que o mesmo só é permitido aos profissionais da equipa, ou que se articulam com a mesma. Um dos programas refere, que é respeitada uma confidencialidade total sendo solicitada autorização, por escrito, às famílias.

Quanto à modalidade de atendimento, dois dos programas mencionam ser uma componente mista decorrendo à intervenção no domicílio e na creche, sendo os restantes oito programas concretizados exclusivamente no domicílio.

Do conhecimento que temos do terreno, parece-nos que o facto de oito dos dez programas incluídos no presente estudo terem uma componente domiciliária, se deve ao facto da zona geográfica onde os mesmos se localizam ser essencialmente rural, caracterizada pela falta de contextos formais de atendimento, nomeadamente, creches e amas que atendam crianças com idades entre os zero e os três anos.

Esta dimensão obtém o valor médio de 1,90.

Dimensão XII - Integração

De uma forma geral todos os programas envolvidos neste estudo mencionam a preocupação na defesa da integração das crianças abrangidas, procurando que as mesmas sejam integradas noutros contextos no sentido de dar seguimento ao estabelecido pelo Dec. Lei n.º 319/91.

Esta é a dimensão do presente estudo onde se obtém o valor médio mais elevado: 3,05.

Dimensão XIV - Administração / Organização

Regra geral todas as sedes dos programas dispõem, para além do processo individual das crianças atendidas, informações acerca das famílias abrangidas pelo programa e ainda ficheiros relativos à correspondência e ao material existente.

Quanto ao material alguns dos programas referem ser muito limitado, situação que faz com que as educadoras de apoio tenham de utilizar material das próprias nos momentos da intervenção. Outro aspecto que se relaciona com os brinquedos/material é o facto dos mesmos nem sempre estarem adaptados às idades das crianças.

O atendimento das crianças pelos programas não implica qualquer comparticipação monetária por parte das famílias, exceptuando as situações em que as crianças tenham necessidade de utilizar equipamento específico.

Para além da falta de recursos materiais, uma outra barreira mencionada pela generalidade dos coordenadores entrevistados, é a falta de formação que os profissionais sentem no trabalho com as famílias.

Um outro aspecto comum a todos os programas é a elaboração, por parte de cada educadora, de um relatório acerca do trabalho desenvolvido ao longo do ano.

Esta dimensão obtém o valor médio de 2,84.

Após análise da informação emergente da comparação inter-dimensões da “Escala de Mitchell”, no quadro n.º 24 apresentamos por ordem decrescente, o valor médio obtido por cada dimensão, destacando as dimensões que obtiveram os valores mais elevado e o mais baixo.

Quadro n.º 24: Média por ordem decrescente das dimensões da “Escala de Mitchell”

Dimensões	Média
XII – Integração	3,05
I – Crianças atendidas pelo Programa	2,90
XIV – Administração/Organização	2,84
X – Coordenação entre Serviços	2,45
VII – Formação de Pessoal	2,35
V – Defesa dos Direitos	2,30
III – Currículo	2,11
IV – Aconselhamento e Apoio	2,05
XI – Relacionamento Pais/Profissionais	1,90
II – Avaliação	1,86
VIII – Avaliação do Programa	1,70
VI – Abordagem Transdisciplinar	1,65

2. 2– Apresentação dos resultados relativos à informação emergente da aplicação da Escala de Avaliação de Práticas em Intervenção Precoce Centradas na Família (“Brass – Tacks”)

Embora a Escala “Brass–Tacks” seja um instrumento constituído por escalas de Likert de 5 pontos, optamos por assumi-los como sendo variáveis não categoriais. Assim, todas as nossas decisões estatísticas foram no sentido da utilização de estatística descritiva (média e desvio padrão).

Na análise da Escala “Brass-Tacks”, o bloco de questões do tipo Likert de cinco pontos que constitui cada área foi reduzida a uma escala de três pontos: (1) nunca, (3) às vezes e (5) sempre.

As respostas obtidas às questões colocadas na Escala foram as seguintes:

Área 1: Primeiros Encontros com as Famílias (sinalização e início do programa)

	Freq.	%	Média - 3,7	D. P. - 0,69	Imp.	%	Média - 3,6	D. P. - 0,8
1 – Nunca evita fazer perguntas às famílias acerca de informação sensível	0	0			0	0		
2	2	6,5			4	13		
3 - Às vezes evita fazer perguntas às famílias acerca de informação sensível	7	22,5			6	19,5		
4	20	64,5			19	61		
5 – Evita sempre fazer perguntas às famílias acerca de informação sensível	2	6,5			2	6,5		

	Freq.	%	Média - 3,4	D. P. - 0,67	Imp.	%	Média - 3,7	D. P. - 0,56
1 – Nunca dá aos pais a possibilidade de escolha do primeiro encontro	0	0			0	0		
2	2	6,5			1	3		
3 - Às vezes dá aos pais a possibilidade de escolha do primeiro encontro	13	42			6	19,5		
4	15	48,5			23	74		
5 - Dá sempre aos pais a possibilidade de escolha do primeiro encontro	1	3			1	3		

	Freq.	%	Média - 3,9	D. P. - 0,24	Imp.	%	Média - 4,0	D. P. - 0,17
1 – Nunca ouve mais as pessoas do que põe questões ou dá conselhos	0	0			0	0		
2	0	0			0	0		
3 - Às vezes ouve mais as pessoas do que põe questões ou dá conselhos	2	6,5			0	0		
4	29	93,5			30	97		
5 – Ouve sempre mais as pessoas do que põe questões ou dá conselhos	0	0			1	3		

	Freq.	%	Média - 3,4	D. P. - 0,62	Imp.	%	Média - 3,9	D. P. - 0,31
1 – Nunca dá a uma família assistência imediata e apoio Quando a criança é enviada para o seu serviço	0	0			0	0		
2	2	6,5			0	0		
3 - Às vezes dá a uma família assistência imediata e apoio Quando a criança é enviada para o seu serviço	13	42			2	6,5		
4	16	51,5			28	90		
5 - Dá sempre a uma família assistência imediata e apoio	0	0			1	3		
	Freq.	%	Média - 3,1	D. P. - 0,73	Imp.	%	Média - 3,7	D. P. - 0,46
1 – Nunca faz o seu primeiro contacto face-a-face com as famílias na semana que se segue ao envio	0	0			0	0		
2	6	19,5			0	0		
3 - Às vezes faz o seu primeiro contacto face-a-face com as famílias na semana que se segue ao envio	14	45			9	29		
4	11	35,5			22	71		
5 – Faz sempre o seu primeiro contacto face-a-face com as famílias na semana que se segue ao envio	0	0			0	0		

	Freq.	%	Média - 4,0	D. P. - 0,0	Imp.	%	Média - 4,0	D. P. - 0,0
1 – Nunca transmite aos pais a ideia de que valoriza o filho e que se preocupa com o bem-estar da criança	0	0			0	0		
2	0	0			0	0		
3 - Às vezes transmite aos pais a ideia de que valoriza o filho e que se preocupa com o bem-estar da criança	0	0			0	0		
4	31	100			31	100		
5 – Transmite sempre aos pais a ideia de que valoriza o filho e que se preocupa com o bem-estar da criança	0	0			0	0		

Área 2: Identificação de Metas para a Intervenção (avaliação da criança e família)

	Freq.	%	Média - 3,5	D. P. - 0,56	Imp.	%	Média - 3,9	D. P. - 0,17
1 – Nunca conduz as avaliações em alturas que são convenientes para as famílias	0	0			0	0		
2	1	3			0	0		
3 – Às vezes conduz as avaliações em alturas que são convenientes para as famílias	13	42			1	3		
4	17	55			30	97		
5 – Conduz sempre as avaliações em alturas que são convenientes para as famílias	0	0			0	0		

	Freq.	%	Média - 3,3	D. P. - 0,65	Imp.	%	Média - 3,7	D. P. - 0,51
1 – Nunca pergunta aos pais quais as questões que eles gostariam de ver respondidas pela avaliação	0	0			0	0		
2	3	9,5			1	3		
3 - Às vezes pergunta aos pais quais as questões que eles gostariam de ver respondidas pela avaliação	15	48,5			6	19,5		
4	13	42			24	77,5		
5 – Pergunta sempre aos pais quais as questões que eles gostariam de ver respondidas pela avaliação	0	0			0	0		
	Freq.	%	Média - 2,7	D. P. - 0,68	Imp.	%	Média - 3,3	D. P. - 0,95
1 – Nunca dá aos pais possibilidade de escolha, por exemplo no que diz respeito aos instrumentos a utilizar na avaliação	0	0			0	0		
2	12	38,5			9	29		
3 - Às vezes dá aos pais possibilidade de escolha, por exemplo no que diz respeito aos instrumentos a utilizar na avaliação	15	48,5			3	9,5		
4	4	13			18	58,5		
5 - Dá sempre aos pais possibilidade de escolha, por exemplo no que diz respeito aos instrumentos a utilizar na avaliação	0	0			1	3		

	Freq.	%	Média - 3,8	D. P. - 0,34	Imp.	%	Média - 4,0	D. P. - 0,17
1 – Nunca diz aos pais que a criança é capaz de fazer em vez do que aquilo de que ela não é capaz de fazer	0	0			0	0		
2	0	0			0	0		
3 - Às vezes diz aos pais que a criança é capaz de fazer em vez do que aquilo de que ela não é capaz de fazer	4	13			0	0		
4	27	87			30	97		
5 - Diz sempre aos pais que a criança é capaz de fazer em vez do que aquilo de que ela não é capaz de fazer	0	0			1	3		

	Freq.	%	Média - 3,4	D. P. - 0,62	Imp.	%	Média - 3,9	D. P. - 0,39
1 – Nunca dá aos pais a oportunidade para estarem presentes em todas as sessões que dizem respeito à avaliação da criança	0	0			0	0		
2	1	3			0	0		
3 - Às vezes dá aos pais a oportunidade para estarem presentes em todas as sessões que dizem respeito à avaliação da criança	17	55			4	13		
4	12	39			26	84		
5 - Dá sempre aos pais a oportunidade para estarem presentes em todas as sessões que dizem respeito à avaliação da criança	1	3			1	3		

	Freq.	%	Média - 3,4	D. P. - 0,56	Imp.	%	Média - 3,7	D. P. - 0,42
1 - Nunca dá e explica aos pais os resultados da avaliação imediatamente logo após terem sido obtidos	0	0			0	0		
2	1	3			0	0		
3 - Às vezes dá e explica aos pais os resultados da avaliação imediatamente logo após terem sido obtidos	16	52			7	23		
4	14	45			24	77		
5 - Dá sempre e explica aos pais os resultados da avaliação imediatamente logo após terem sido obtidos	0	0			0	0		
	Freq.	%	Média - 3,1	D. P. - 0,7	Imp.	%	Média - 3,6	D. P. - 0,71
1 - Nunca dá uma cópia dos seus relatórios de avaliação aos pais	0	0			0	0		
2	5	16			3	9,5		
3 - Às vezes dá uma cópia dos seus relatórios de avaliação aos pais	15	48,5			7	23		
4	11	35,5			20	64,5		
5 - Dá sempre uma cópia dos seus relatórios de avaliação aos pais	0	0			1	3		

Área 3: Planificação da Intervenção para Crianças e Famílias

	Freq.	%	Média - 3,4	D. P. - 0,62	Imp.	%	Média - 3,8	D. P. - 0,37
1 - Nunca dá aos pais a oportunidade para estarem presentes em todas as reuniões que dizem respeito à planificação da intervenção para os seus filhos e para eles próprios	0	0			0	0		
2	2	6,5			0	0		
3 - Às vezes dá aos pais a oportunidade para estarem presentes em todas as reuniões que dizem respeito à planificação da intervenção para os seus filhos e para eles próprios	13	42			5	16		
4	16	51,5			26	84		
5 - Dá sempre aos pais a oportunidade para estarem presentes em todas as reuniões que dizem respeito à planificação da intervenção para os seus filhos e para eles próprios	0	0			0	0		

	Freq.	%	Média - 3,4	D. P. - 0,67	Imp.	%	Média - 3,8	D. P. - 0,54
1 – Nunca têm os pais o poder de decisão final quando se estabelece uma lista de metas para a criança e família bem como os métodos que serão usados para atingir tais metas	0	0			0	0		
2	3	9,5			1	3		
3 – Às vezes têm os pais o poder de decisão final quando se estabelece uma lista de metas para a criança e família bem como os métodos que serão usados para atingir tais metas	12	39			5	16		
4	16	51,5			24	78		
5 – Os pais têm sempre o poder de decisão final quando se estabelece uma lista de metas para a criança e família bem como os métodos que serão usados para atingir tais metas	0	0			1	3		

	Freq.	%	Média - 3,2	D. P. - 0,56	Imp.	%	Média - 3,3	D. P. - 0,54
1 – Nunca acha possível que a maior parte das metas do plano de intervenção, sejam atingidas no espaço de um ano	0	0			0	0		
2	0	0			0	0		
3 – Às vezes acha possível que a maior parte das metas do plano de intervenção, sejam atingidas no espaço de um ano	26	84			22	71		
4	3	9,5			8	26		
5 – Acha sempre possível que a maior parte das metas do plano de intervenção, sejam atingidas no espaço de um ano	2	6,5			1	3		

	Freq.	%	Média - 3,5	D. P. - 0,67	Imp.	%	Média - 3,9	D. P. - 0,47
1 – Nunca costuma utilizar, na organização de um plano de intervenção, informações a e ideias dadas pelos pais	0	0			0	0		
2	3	9,5			1	3		
3 – Às vezes costuma utilizar, na organização de um plano de intervenção, informações a e ideias dadas pelos pais	8	26			2	6,5		
4	20	64,5			27	87,5		
5 – Costuma sempre utilizar, na organização de um plano de intervenção, informações e ideias dadas pelos pais	0	0			1	3		

	Freq.	%	Média - 3,4	D. P. - 0,56	Imp.	%	Média - 3,7	D. P. - 0,46
1 – Nunca dá aos pais opções por outros serviços ou recursos para atingirem as metas de intervenção estabelecidas para os seus filhos	0	0			0	0		
2	1	3			0	0		
3 – Às vezes dá aos pais opções por outros serviços ou recursos para atingirem as metas de intervenção estabelecidas para os seus filhos	16	51,5			9	29		
4	14	45,5			22	71		
5 – Dá sempre aos pais opções por outros serviços ou recursos para atingirem as metas de intervenção estabelecidas para os seus filhos	0	0			0	0		

	Freq.	%	Média - 3,4	D. P. - 0,76	Imp.	%	Média - 3,7	D. P. - 0,52
1- Nunca se preocupa com as necessidades, desejos e sentimentos de todos os membros da família na identificação de metas para a intervenção	0	0			0	0		
2	5	16			1	3		
3 – Às vezes preocupa-se com as necessidades, desejos e sentimentos de todos os membros da família na identificação de metas para a intervenção	7	22,5			7	22,5		
4	19	61,5			23	74,5		
5 – Preocupa-se sempre com as necessidades, desejos e sentimentos de todos os membros da família na identificação de metas para a intervenção	0	0			0	0		

Área 4: Prestação de Serviços à Criança e Família no Dia-a-Dia

	Freq.	%	Média - 3,5	D. P. - 0,56	Imp.	%	Média - 3,7	D. P. - 0,61
1 – Nunca elogia os pais por qualquer coisa que realizaram sempre que os vê	0	0			0	0		
2	1	3			0	0		
3 – Às vezes elogia os pais por qualquer coisa que realizaram sempre que os vê	13	42			10	32,5		
4	17	55			18	58		
5 – Elogia sempre os pais por qualquer coisa que realizaram sempre que os vê	0	0			3	9,5		

	Freq.	%	Média - 3,9	D. P. - 0,17	Imp.	%	Média - 4,0	D. P. - 0,0
1 – Nunca diz aos pais algo de positivo sobre os filhos sempre que os vê	0	0			0	0		
2	0	0			0	0		
3 – Às vezes diz aos pais algo de positivo sobre os filhos sempre que os vê	1	3			0	0		
4	30	97			31	100		
5 – Diz sempre aos pais algo de positivo sobre os filhos sempre que os vê	0	0			0	0		

	Freq.	%	Média - 3,2	D. P. - 1,14	Imp.	%	Média - 4,5	D. P. - 0,5
1 – Nunca dá garantias para que os pais tenham um acesso fácil e directo a qualquer membro da equipa sempre que o desejarem	3	9,5			0	0		
2	7	22,5			0	0		
3 - Às vezes dá garantias para que os pais tenham um acesso fácil e directo a qualquer membro da equipa sempre que o desejarem	2	6,5			0	0		
4	18	58,5			14	45		
5 - Dá sempre garantias para que os pais tenham um acesso fácil e directo a qualquer membro da equipa sempre que o desejarem	1	3			17	55		
	Freq.	%	Média - 3,1	D. P. - 0,7	Imp.	%	Média - 3,8	D. P. - 0,47
1 – Nunca organiza as coisas de maneira a que os pais ou outros membros da família se impliquem nos programas de intervenção para a criança, por exemplo utilizando capacidades específicas, organizando encontros a horas que sejam mais convenientes, em casa ou na creche	0	0			0	0		
2	5	16			0	0		
3 – Às vezes organiza as coisas de maneira a que os pais ou outros membros da família se impliquem nos programas de intervenção para a criança, por exemplo utilizando capacidades específicas, organizando encontros a horas que sejam mais convenientes, em casa ou na creche	15	48,5			7	22,5		
4	11	35,5			23	74,5		
5 – Organiza sempre as coisas de maneira a que os pais ou outros membros da família se impliquem nos programas de intervenção para a criança, por exemplo utilizando capacidades específicas, organizando encontros a horas que sejam mais convenientes, em casa ou na creche	0	0			1	3		

	Freq.	%	Média - 3,0	D. P. - 0,62	Imp.	%	Média - 3,8	D. P. - 0,4
1 – Nunca dá aos pais um acesso às fontes de informação que estes julguem interessantes ou úteis, por exemplo livros, artigos, revistas, legislação, vídeos, eventos na comunidade, artigos de investigação científica, etc.	0	0			0	0		
2	5	16			0	0		
3 - Às vezes dá aos pais um acesso às fontes de informação que estes julguem interessantes ou úteis, por exemplo livros, artigos, revistas, legislação, vídeos, eventos na comunidade, artigos de investigação científica, etc.	19	61,5			6	19		
4	7	22,5			25	81		
5 - Dá sempre aos pais um acesso às fontes de informação que estes julguem interessantes ou úteis, por exemplo livros, artigos, revistas, legislação, vídeos, eventos na comunidade, artigos de investigação científica, etc.	0	0			0	0		

A análise estatística efectuada aos dados obtidos através da aplicação da **Escala de Avaliação de Práticas em Intervenção Precoce Centradas na Família** (“**Brass-Tacks**”), apresentados anteriormente, verificamos que dentro de cada uma das quatro áreas que constituem o referido instrumento quais as práticas mais ou menos cotados pelos profissionais, podendo indiciar que práticas se encontram mais perto ou mais afastadas da abordagem centrada na família.

Esta mesma análise permite ainda verificar para cada uma das práticas se se verifica congruência ou discrepância entre a cotação atribuída pelos profissionais à frequência e à importância.

Embora considerando que talvez fosse interessante aprofundar este tipo de análise, pensamos que ao situarmo-nos nos parâmetros de um estudo exploratório, ser pertinente uma análise mais abrangente ao nível de cada uma das áreas que constituem a **Escala “Brass-Tacks”**.

O Quadro n.º 22 organiza e sistematiza essa informação.

Áreas	Frequência		Importância	
	Média	D.P.	Média	D.P.
1 – Primeiros Encontros com as Famílias (sinalização e início do programa)	3,58	0,49	3,81	0,38
2 – Identificação de metas para a Intervenção (avaliação da criança e família)	3,31	0,58	3,72	0,47
3 – Planificação da Intervenção para Crianças e Famílias	3,38	0,64	3,79	0,48
4 – Prestação de Serviços à Criança e Família no dia-a-dia	3,34	0,63	3,96	0,39

Relativamente às questões da área 1 que dizem respeito aos primeiros encontros dos profissionais com as famílias tendo em vista a sinalização e início do programa, verificamos que a frequência atinge um valor médio de 3,58 com um d. p. de 0,49. Quanto à importância o valor médio atingido é de 3,81 com um d. p. de 0,38.

A análise das respostas obtidas às questões da área 2 relativas à identificação de metas para a intervenção, permite-nos verificar que a frequência atinge um valor médio de 3,31 com um d.p. de 0,58. Quanto à importância que os profissionais atribuem a essas práticas o valor médio atingido é de 3,72 com um d.p. de 0,47.

No que diz respeito às questões que constituem a área 3 relativas à planificação da intervenção para crianças e famílias, verificamos que a frequência atinge um valor médio de 3,38 com um d.p. de 0,64. Relativamente à importância que os profissionais atribuem a essas práticas o valor médio é de 3,79 com d.p. de 0,48.

Quanto às questões que constituem a área 4 que identificam as práticas dos profissionais que se relacionam com a prestação de serviços à criança e família no dia-a-dia, verificamos que a frequência regista um valor médio de 3,34 com um d.p. de 0,63. O que diz respeito à importância que os profissionais atribuem a essas práticas, o valor médio é de 3,96 com um d.p. de 0,39.

Parece-nos pois que na realidade os profissionais inquiridos, consideram que a sua intervenção tem já um cariz de centrado na família. No entanto, este dado deve ser interpretado com prudência visto ser possível existir uma certa desejabilidade, desejabilidade essa que aliás é confirmada por todos os valores atribuídos à importância que se encontram todos próximos do valor 4.

Porque nos pareceu que os valores apresentados se encontravam sobrestimados, a interpretação foi cruzada com a entrevista em que se pretendia confrontar os profissionais inquiridos com a realidade desta problemática.

2. 3 – Resultados relativos à análise de conteúdo das entrevistas

(Análise de conteúdo realizada segundo a Escala de Avaliação de Práticas em Intervenção Precoce Centradas na Família “*Brass-Tacks*”)

Área 1: Primeiros encontros com as famílias (sinalização e início do programa)

A maior parte dos profissionais refere que são os próprios a marcar o local e a data para a realização do primeiro encontro, referindo como condicionalismos o horário que desenvolvem e ainda o facto das crianças residirem em zona geográficas muito dispersas. Os mesmos profissionais referem que o objectivo do primeiro encontro com as famílias é o de obterem informações acerca dos problemas da criança e da família, nomeadamente, o nível socioeconómico. Os restantes profissionais, em menor número, referem que o objectivo principal do primeiro encontro é ouvir as preocupações da família e em conjunto com ela dar os primeiros passos para ser aceite como alguém que quer ajudar a criança e a família. É importante que o local e a data sejam marcados de acordo com os desejos e interesses das famílias, porque dando esta possibilidade a família assume uma maior responsabilidade para o envolvimento na intervenção. Consideram ainda importante prestar informações à família acerca do trabalho e simultaneamente conversar com elas sobre o papel que querem assumir no decorrer da intervenção seja ele o de observador ou colaborador.

Área 2: Identificação de Metas para a Intervenção (avaliação da criança e família)

A maior parte dos profissionais refere que dentro do horário que lhes é atribuído procuram fazer as avaliações em alturas que sejam convenientes para as famílias, pois consideram importante a presença das mesmas a fim de obterem informações acerca da criança. Não se incluem metas para a família que não estejam directamente relacionadas com a criança. Embora considerem esta prática muito importante, os profissionais referem como condicionalismo a falta de recursos humanos na constituição das equipas, nomeadamente de profissionais de formações diversificadas e com competências para trabalhar com as famílias. Um outro obstáculo referido para a não inclusão de metas

para a família que não estejam directamente relacionadas com a criança prende-se com a necessidade de na formação inicial se incluir a abordagem centrada na família. Este argumento surge com muita frequência nos profissionais inquiridos, sendo mencionado pela maior parte das educadoras que constituem as Equipas.

Quando questionamos os profissionais se tinham como prática disponibilizarem uma cópia do relatório da avaliação às famílias, apenas oito profissionais referiram fazê-lo por iniciativa própria, enquanto os restantes referiram fazê-lo quando solicitados pelas famílias, embora reconhecessem a importância desta mesma prática.

Área 3: Planificação da Intervenção para Crianças e Famílias

A maior parte dos profissionais inquiridos refere ouvir as famílias quanto às metas a atingir para a criança, embora as famílias não tomem a decisão final, por considerarem que os profissionais é que sabem o que é “melhor para os seus filhos”.

Na integração de ideias e sugestões da família na elaboração do Plano Educativo Individual, a maior parte dos profissionais, manifesta atitudes de distanciamento face à aceitação das ideias da família. O argumento apresentado prende-se com o facto de grande parte das sugestões apresentadas se relacionarem com aspectos da vida familiar, entre outros, a falta de emprego, o alcoolismo (muito frequente em algumas destas comunidades) e ainda habitações degradadas, situações estas que os profissionais consideram de extrema importância, mas que raramente a equipa consegue solucionar. Assim, a necessidade de apoio formalizada nos serviços de apoio inexistentes, em grande parte das comunidades ou a desarticulação dos escassos recursos existentes, são expressas pela maior parte dos profissionais inquiridos, como condicionalismos à efectivação das práticas integradas nesta área.

Área 4: Prestação de Serviços à Criança e Família no Dia-a-Dia

Da análise de conteúdo efectuada às entrevistas dos profissionais inquiridos, todos os profissionais referiram elogiar os pais acerca de qualquer coisa que estes realizaram referindo, também, terem sempre a preocupação de dizerem algo de positivo acerca das crianças. Quanto à questão que se prende com o acesso da família a qualquer membro da equipa regra geral, tal não se verifica uma vez que a maior parte das equipas são constituídas exclusivamente por educadoras dos apoios educativos Apesar desta

limitação os mesmos profissionais referem que procuram encaminhar as famílias para serviços que disponham de profissionais com formação necessária no sentido de poderem dar uma resposta adequada às necessidades das famílias. Quanto aos profissionais que integram as três Equipas multidisciplinares, emergem respostas diferentes uma vez que ao serem constituídas por profissionais de formações diversificadas, é mais fácil as famílias terem um acesso a estes mesmos profissionais.

3 - Conclusões Específicas

A análise de conteúdo das entrevistas parece indiciar que quando os profissionais são confrontados com a problemática em estudo, tendo em vista determinar até que ponto consideram que a sua intervenção tem já um cariz de centrado na família, como a análise estatística deste mesmo instrumento pareceu demonstrar, na realidade parece verificar-se uma discrepância na forma como estes profissionais envolvem as famílias nos Programas de Intervenção Precoce e a importância do envolvimento das mesmas. Os argumentos apresentados relativamente à distância entre as práticas efectuadas e a importância atribuída às mesmas, encontram ainda justificativa no facto de que a natureza e a amplitude da mudança requerida sugerirem a necessidade de um esforço mais abrangente e sistemático de todo o sistema de Intervenção Precoce.

Neste sentido, a literatura apresenta estudos em que se verifica que, não obstante os profissionais apoiarem o movimento em direcção à abordagem centrada na família a nível da Intervenção Precoce, descrevem diferenças substanciais entre as práticas realizadas e as práticas desejadas, (Bailey et al., 1992; McWilliam, 1998).

Apesar de termos de ser muito cautelosos na interpretação destes dados, como já referimos anteriormente, na realidade parece verificar-se uma sobrestimação dos resultados obtidos através da aplicação da Escala de Avaliação de Práticas em Intervenção Precoce Centradas na Família ("*Brass-Tacks*").

Pela forma como os profissionais inquiridos responderam às questões consideramos que o segundo objectivo deste instrumento foi atingido uma vez que os profissionais manifestaram ter sido útil tendo em vista a interiorização dos princípios das práticas centradas na família.

CONCLUSÃO

Parece existir consenso no que diz respeito aos princípios que guiam os Programas de Intervenção Precoce. Nesse sentido é hoje aceite que os Programas de Intervenção Precoce devem centrar-se nas necessidades das famílias, privilegiando a análise cuidada das características particulares das comunidades locais, integrar eficazmente os contributos de diversas disciplinas, ter a capacidade de coordenar e planear apoios e apostar na criação de serviços locais, privilegiando as relações de articulação com os recursos aí existentes.

Outras características dos programas a ter em conta e que se relacionam com estes princípios gerais, são questões específicas da prática tais como a adequação desenvolvimental, a duração e intensidade dos serviços e apoios bem como as abordagens curriculares específicas. Há, no entanto, muitas questões críticas relacionadas com os princípios e práticas em Intervenção Precoce que continuam sem resposta, sobretudo no que diz respeito à identificação dos programas que constituam intervenções eficazes por melhor se enquadrarem nas características das crianças e famílias de forma a potenciarem resultados desenvolvimentais óptimos.

Apesar da rápida expansão que os Programas de Intervenção Precoce tiveram em alguns países Pimentel (1997), refere não haver uma uniformidade ao nível dos Programas de Intervenção Precoce existentes, sendo portanto marcados por diferenças, por vezes significativas, quanto às suas práticas, tipo de utentes, currículos utilizados, modelos a que devem obedecer, formação dos técnicos, envolvimento dos pais, avaliação, etc. Assim, o termo Intervenção Precoce não é ainda um conceito unívoco, sendo no entanto importante que exista uma base consensual que actualmente se caracteriza por uma orientação centrada na família com objectivos bem determinados no que diz respeito quer à criança quer à família.

Nas diversas fases da nossa investigação tivemos oportunidade de obter um conhecimento mais aprofundado sobre as características dos Programas de Intervenção Precoce abrangidos pelo nosso estudo, realizado na região de Trás-os-Montes. Os resultados obtidos, justificam algumas reflexões. Tratando-se, no entanto, de um estudo de natureza exploratória e dadas as limitações já por nós apontadas, relativas a aspectos que se prendem quer com as características quer com a dimensão da amostra, as conclusões não poderão fazer-se senão de forma cautelosa.

Nos programas que estudamos obtivemos, com a Escala de Mitchell adaptada, resultados inferiores àqueles que foram obtidos por outros trabalhos realizados neste domínio. Referimo-nos aos resultados de Veiga (1995) que diferem dos do presente estudo e dos de Melo (2000). Importa, pois, reflectir sobre isso.

Sendo os resultados obtidos por Melo (2000) mais positivos do que os de Veiga (1995), isso, parece-nos natural pois tem havido progressivas mudanças quer a nível da organização das Equipas de Apoios Educativos (EAE) quer até mesmo na divulgação de conhecimentos e de informação acerca de como deve ser a Intervenção Precoce em Portugal. Já quando comparamos os nossos resultados com os de Veiga (1995), verificamos que se passa o inverso, uma vez que obtivemos resultados inferiores aos da referida investigadora. Isto revela que nos distritos onde o nosso estudo foi desenvolvido, existem necessidades neste domínio e que há de se ter em conta, num futuro próximo, uma complementaridade sobretudo sob a forma de esforços entre os diferentes serviços.

Afigura-se-nos, ainda, que tais diferenças se devem a duas ordens de razão. A primeira deve-se ao facto de o trabalho desenvolvido por Veiga incluir programas da Segurança Social geralmente melhor equipados e com mais recursos. A segunda deve-se ao facto de o nosso trabalho incidir exclusivamente em programas desenvolvidos ao nível das estruturas do Ministério da Educação que contam com menores cursos

Os resultados obtidos com a Escala de Mitchell, nos programas que estudamos, revelam que uma intervenção centrada na família, tal como é definida, nomeadamente, por Dunst e Trivette (1986) não se verifica ainda entre nós, embora os profissionais reconheçam que é importante tal orientação. Na fase seguinte, os resultados recolhidos através da aplicação da Escala de Avaliação de Práticas em Intervenção Precoce Centradas na Família (*Brass-Tacks*), revelam que existe uma valorização da abordagem centrada na família, o que pode ser interpretado mais como uma desejabilidade do que como uma prática interiorizada por parte dos profissionais inquiridos. Isto verifica-se comparando os valores obtidos nas práticas e os valores atribuídos à importância destas práticas, que se encontram todos próximos do valor 4.

Se passarmos em seguida ao atendimento das crianças verificamos que apenas dois programas referem a existência de lista-de-espera e isto devido à escassez de recursos humanos. Os restantes programas mencionam ter a capacidade de dar resposta

às situações com que deparam, demonstrando alguma flexibilidade no tipo de apoio que prestam. Mesmo no caso de crianças em risco ambiental, baseando-nos nas respostas dos coordenadores das equipas, verificamos que estes afirmam ter sido possível dar uma resposta apesar de não existirem critérios de elegibilidade bem definidos e as directrizes superiores se orientarem no sentido de se dar predominantemente apoio a crianças com deficiências declaradas ou com atraso de desenvolvimento global.

Relativamente ao currículo os dados obtidos pela aplicação da Escala de Mitchell permitem-nos verificar que não existe uma continuidade na planificação de objectivos e na avaliação regular e sistemática dos mesmos, constatando-se preferência pelo recurso a currículos pouco estruturados, o que contraria aquilo que a literatura refere, pois são os currículos mais estruturados aqueles que mais eficazes se apresentam relativamente às crianças em risco ambiental. Relativamente à elaboração do Plano Individualizado de Serviços para a Família (P.I.S.F.), instrumento indispensável na organização da Intervenção Precoce, esse aspecto revelou-se como sendo um dos aspectos mais negligenciado. É frequente os programas estudados utilizarem em Intervenção Precoce, planos idênticos ao “Plano Educativo Individual” definido pelo Decreto-Lei n.º 319/91. Esse plano, parece pouco adequado à Intervenção Precoce na medida em que não contempla os princípios conceptuais da Intervenção Precoce que o *Individualized Family Service Plan (I.F.S.P.)* americano traduz de forma adequada.

No que se refere à participação de outros profissionais na avaliação/intervenção de um modo geral, os programas que estudamos, revelaram dificuldades em implicar os profissionais que consideram necessários, uma vez que apenas três equipas dispõem desses técnicos e mesmo assim com restrições. Na intervenção tal possibilidade de colaboração intermultidisciplinar é ainda mais precária. Os esforços de articulação e coordenação de recursos que permitiria de alguma forma colmatar tal problema, encontram-se agravados nos programas que estudamos o que em nosso entender se deve ao facto de os mesmos se situarem em zonas geográficas distantes de centros urbanos, o que condiciona a existência de mais e melhores recursos humanos que por sua vez influencia uma melhor qualidade dos serviços de Intervenção Precoce prestados pelos referidos programas. Neste âmbito os dados obtidos pela aplicação da Escala de Mitchell, permitem-nos dizer que nos programas estudados quando existia uma articulação com profissionais de outros serviços, os programas registavam valores mais

elevados. Por sua vez, a importância da articulação e da coordenação dos apoios prestados através da cooperação quer entre profissionais de formações diversificadas, quer entre diferentes serviços e instituições da comunidade, são aspectos que emergem também nas entrevistas realizadas aos profissionais.

Quanto à avaliação regra geral centra-se na criança. No processo de avaliação os pais assumem uma participação sobretudo como informantes dos profissionais acerca dos problemas ou das características dos seus filhos. As famílias raramente assumem uma postura de real participação no processo de avaliação/intervenção, para além da já referida. Quanto à forma como os profissionais desenvolvem a sua actuação, a maior parte dos profissionais revelaram desenvolver a avaliação sozinhos, existindo uma minoria que o faz em equipa. Este facto é corroborado por Bairrão(1999) que considera que um dos aspectos menos conseguidos dos Programas de Intervenção Precoce do Ministério da Educação, é a persistência de práticas monodisciplinares. Por sua vez os dados obtidos pela aplicação da Escala de Avaliação de Práticas em Intervenção Precoce Centradas na Família (*Brass-Tacks*), mostram-nos globalmente uma semelhança na forma como os profissionais percebem quer avaliação, quer a tomada de decisões sobre a definição de objectivos e metas para a intervenção, salientando-se uma discrepância na forma como envolvem as famílias nos Programas de Intervenção Precoce e o desejo de como as famílias deveriam ser envolvidas. Seria pois necessário que a avaliação tivesse preocupações ecológicas em vez de se centrar primordialmente na criança. Por sua vez os dados emergentes da entrevista dizem-nos que na integração de ideias e sugestões das famílias nos planos e programas, a maior parte dos profissionais parece manifestar atitudes de distanciamento face à aceitação das ideias das famílias. Relativamente à planificação da intervenção para crianças e famílias e no que diz respeito à tomada de decisões no processo de avaliação, a maior parte dos profissionais inquiridos referem solicitar opiniões e ideias às famílias e até mesmo de avaliarem conjuntamente com elas embora a família não intervenha na planificação.

Assim, se por um lado parece verificar-se uma aceitação da participação da família, esta não ultrapassa os limites definidos pelos profissionais e simultaneamente a família ainda não é vista como parceira na verdadeira aceção da palavra. Receio de perderem o seu poder face aos pais? Insegurança da parte dos profissionais? São algumas questões que se podem colocar neste contexto.

Quanto à identificação das necessidades e recursos da família, constatamos que estes aspectos são avaliados de forma informal sendo, na maioria dos programas, feito através do contacto e conhecimento que os profissionais vão tendo da família. Se a família é percebida como minimamente competente esta é implicada na intervenção recebendo orientações dos profissionais de forma a concretizarem determinadas actividades que visam a estimulação da criança, caso contrário são feitas poucas tentativas para o seu envolvimento. Os dados emergentes da entrevista permitem-nos dizer que apesar dos profissionais considerarem importante a recolha sistemática de informação acerca das necessidades e recursos da família, os profissionais não o fazem referindo para tal a falta de formação.

A questão da formação é particularmente pertinente, uma vez que esta não é resolvida apenas com o proporcionar de acções de formação pontuais e limitadas no tempo. A necessidade de formação inicial e contínua emerge com especial pertinência, quer dos resultados obtidos pela aplicação da Escala de Mitchell, quer pelos dados emergentes da entrevista. Estes resultados permitem evidenciar a existência entre todos os profissionais de alguma ilusão quanto às suas competências relativamente ao trabalho em Intervenção Precoce no contexto do envolvimento da família. Estes resultados por nós encontrados encontram também expressão noutros estudos, nomeadamente os de Bailey e Simeonsson, (1996) e McWilliam,(1988), que argumentam ser necessário que na formação inicial se inclua a abordagem à família. Por sua vez a formação contínua pode ajudar a criar nos técnicos a necessidade de novas práticas e de novas competências que possibilitem a implementação destas medidas.

Quanto á formação de profissionais capazes de assumir funções de supervisão ou coordenação não está prevista no contexto do funcionamento dos programas que estudamos.

A ausência de um trabalho transdisciplinar, a escassez de serviços e recursos, a quase ausência de articulação e coordenação dos existentes, a falta de formação dos profissionais no trabalho com famílias, o suporte teórico pouco consistente para o trabalho com famílias em Intervenção Precoce bem como a ausência de avaliação dos programas estudados, parecem ser as características detectadas que necessitam de uma

profunda reflexão e de intervenções prioritárias de modo a qualificar os programas de Intervenção Precoce na região estudada.

Apesar de se encontrarem, por vezes, programas de Intervenção Precoce em Portugal, que se aproximam dos programas dos países mais desenvolvidos há entre nós um longo percurso a percorrer se quisermos práticas que realmente ajudem as crianças e as famílias.

Em síntese do nosso estudo e reflexão acerca dos programas de Intervenção Precoce e das características do trabalho dos técnicos, sobressai que embora a dimensão de uma intervenção que tenha em conta a família, ser já uma preocupação entre nós ela é ainda incipiente e liga-se a todas as outras dimensões dos nossos programas. Nenhuma dessas dimensões sobressai pela sua eficiência e todas elas estão ainda numa fase, que como já referimos, denominamos de incipiente.

Do mesmo modo como ficou assinalado com os resultados da Escala de Mitchell, só estamos a falar de Programas de Intervenção Precoce assentes em valores minimamente indiciadores de um verdadeiro Programa de Intervenção Precoce.

Estas conclusões demonstram um certo irrealismo da legislação que está na base do Despacho Conjunto n.º 891/99 quando propõe uma abordagem centrada na família, para a Intervenção Precoce utilizando conceitos próximos da realidade americana que estão muito longe da nossa realidade. Parece-nos pois que não foi tido em conta certas questões que se ligam com a pouca tradição do nosso sistema educativo em implicar de forma eficaz os pais no processo educativo dos filhos, embora esta dimensão seja uma dimensão que os profissionais sentem como importante, mas que será uma dimensão a atingir.

Para uma intervenção que vá no sentido de se centrar na família há que ter em conta, para além de aspectos que dizem respeito á organização, monitorização e recursos financeiros dos serviços, a urgência de se pensar na preparação dos profissionais para poderem prestar de forma eficaz estes serviços.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, L. (1993). *Métodos de observação e investigação psicológica*. Braga. Universidade do Minho.
- Bagnato, S; Neisworth, J. (1991). *Assesment for early intervention – Best practices for professionals*. New York. The Guilford Press.
- Bairrão, J. (1990). Educação Pré-Escolar em zonas desfavorecidas. In *Encontro sobre Educação Pré-Escolar*. F C.G. Lisboa. Serviços de Educação.
- Bairrão, J. (1992). A perspectiva ecológica em Psicologia da Educação *Cadernos de Consulta Psicológica*, 8, 57-68.
- Bairrão, J. (1992). A perspectiva ecológica em Psicologia da Educação. Porto. F.P.C.E.U.P. Lição de Agregação. (policopiado).
- Bairrão, J. (1994). A perspectiva ecológica na avaliação de crianças com necessidades educativas especiais e suas famílias: O caso da Intervenção Precoce. In *INOVAÇÃO*, 7. (1), 37 - 48.
- Bairrão, J.; Tietze, W. (1995). *A Educação Pré-Escolar na União Europeia*. Lisboa. Instituto de Inovação Educacional.
- Bairrão, J. Felgueiras J. ; Patrícia F.; Filomena P., & Vilhena C. (1998). *Os alunos com necessidades educativas especiais*. Lisboa: CNE.
- Bairrão, J. (In press). Early Intervention in Portugal. In "The Future of Early Intervention – The current debate in Europe and United States about achieving a high degree of quality and professionalism". Proceedings of the International Research Symposium. Excellence in Early Childhood Intervention. Malardalen University, Monday October 11th Tuesday October, 11th, 1999 Vasteras, Sweden.
- Bairrão, J.; Alves, A. (1999). Projecto de Intervenção Precoce de Matosinhos. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, UP. (policopiado).
- Bailey, D.; Simeonsson, R. (1988). Home-Based Early Intervention. S. Odom; M. Karnes (Eds.) *Early Intervention for infants and children with handicaps*. New York. Paul H. Brookes.
- Bailey, D.; Simeonsson, R. (1991) Evaluating programme impact: levels of certainty. In D. Mitchell; R. Brown (Eds.) *Early Intervention studies for young children with special needs*. New York: Chapman and Hill, 280-296.
- Bailey, D.; Wolery, M. (1992). *Teaching infants and preschoolers with disabilities*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bailey, D.; McWilliam, R.; Darkes, L.; Hebbeler, K.; Simeonsson, R; Spiker, D.; Wagner, M. (1998). Family outcomes in early intervention: A Framework for Program Evaluation and Efficacy Reserch. In *Exceptional Children*. Vol. 64. 3: 313-328. The Council for Exceptional Children.

- Bergen, D. (1994). *Assesment methods for infants and toddlers. Transdisciplinary team approaches*. Columbia University: Teachers College.
- Boavida, J. (1995). Um Processo, transdisciplinar e inter-serviços. *A Família na Intervenção Precoce – da Filosofia à Acção*. Actas do III Encontro Nacional de Intervenção Precoce. Coimbra, Junho.
- Brambring, M. (1996). Introduction. In M. Brambring; H. Rauh; A. Beelmann (Eds.). *Early Childhood Intervention: Theory, evaluation and practice*. Berlin, New York: de Gruyter.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human developmental: Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1989). Ecological Systems Theory. *Annals of Child Development*. Vol. 6. JAI Press Inc.
- Bronfenbrenner, U.; Crouter, A. (1983). The evolution of environmental models in development research. In P. H. Mussen (Ed.) *Handbook of Child Psychology History, Theory and Methods*: New York. John Wiley and Sons, Vol 1, 357-415.
- Bronfenbrenner, U; Morris, P. (1998). The Ecology of Developmental Processes. W. Damon; R. M. Lerner (Eds.). *Handbook of Child Psychology*.
- Bruder, M. B. (1996). Interdisciplinary Collaboration in Service Delivery. In Ph. D. R.A. McWilliam (Ed.). *Rethinking Pull-out Services in Early Intervention Professional Resource*, (pp. 27-48). Baltimore: Paul H. Brookes
- Cairns, R. (1983). The emergence of developmental psychology. In W. Kessen (Ed.). *Handbook of Child Psychology. History, Theory and Methods*, Vol. IV, 41-103.
- Cardona, M. J. (1997). *Para a história da Educação de Infância em Portugal: O discurso oficial (1834-1990)*. Porto. Porto Editora.
- Casto, G.; Mastropieri, M. A. (1986). The efficacy of early intervention programs: A Meta-Analysis. *Exceptional Children*, Vol. 52 (5). 417-424.
- Clarke-Stewart, K. A; Fein, G. C. (1983). Early Childhood Programs. In W. Kessen (Ed.). *Handbook of Child Psychology. History, Theory and Methods*. Vol. II, 917-999.
- Cornwell, J. R.; Korteland, C. (1997). The Family as a System and a Context for Early Intervention. S. K. Thurman; J. R. Cornwell; S. R. Gottwald (Eds.). *Contexts of Early Intervention – Systems and Settings*. EUA. Paul H. Brookes Publishing.
- Correia, I. (1981). *Educação Pré-Escolar. Sistema de Ensino em Portugal*. M. Silva; M. I. Tamen (Eds.). Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.

- Costa, A. M. B.(1981). *Educação Especial. Sistema de Ensino em Portugal*. M. Silva; M.I. Tamen. (Eds.). Lisboa. F.C.G, 307-354.
- Costa A.M. B.(1995). 20 Anos de Educação Especial. In *Revista Educação*, 10, 5 - 8.
- Craig, S. (1997). Child Care Centers. S. K. Thurman; J. R. Cornwell; S. R. Gottwald (Eds.). *Contexts of Early Intervention – Systems and Settings*. EUA. Paul H. Brookes.
- Crnic, K.; Stormshak, E. (1997). The Effectiveness of Providing Social Support for Famillies of Children at Risk. M.J. Guralnick (Ed.). *The Effectiveness of Early Intervention*. EUA. Paul H. Brookes.
- David, R.; Costa, A. M. B.(1999). Country Briefing Special Education in Portugal. *European Journal of Special Needs Education*, Vol. XIV, (1), 70-89.
- Dunst, C.; Synder, S.; Mankinen, M. (1989). Efficacy of Early Intervention. M. Wang; M. Reynolds; H. Walberg, (Eds.). *Handbook of Special Education Research and Practice*. Vol.3, Pergamon Press, 241-259.
- Dunst, C. (1996). Early Intervention in the USA: Programs, Models and Practices. M. Brambring; H. Raugh; Beelman (Eds.). *Early Childhood Intervention: Theory, evaluation and practice*, 11-52. Berlin, de Gruyter.
- Dunst, C. (1998). Corresponsabilização e Práticas de Ajuda que se Revelam Eficazes no Trabalho com as Famílias. L, M. Correia; A.M.Serrano (orgs.). *Envolvimento parental em Intervenção Precoce – Das Práticas Centradas na Criança às Práticas Centradas na Família*. Porto. Porto Editora.
- Dunst, C.; Trivette, C.; Deal, A. (1988). Enabling and Empowering Families: Principles and Guidelines for Practice. Cambridge, MA. Brooklines Books.
- Eurllyaid (1992). Report of the European Working Party – *Early intervention for children with disabilities*. Comission of the European Communities.
- Felgueiras, I. ; Pimentel, J. (1992). *Portage em Portugal* (policopiado).
- Felgueiras, I. (1994). As Crianças com Necessidades Educativas Especiais. Como as Educar? In *Inovação*. Vol. 7 nº1. Lisboa.
- Ferreira, M.B. (1999). *O Trabalho de Equipa Multidisciplinar em Intervenção Precoce*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. U.P.
- Garbarino, J. (1990). The human ecology of early risk. In S. J. Meisels; J.P. Shonkoff (Eds.). *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Garland, C.W.; Linder, T.W.(1994). Administrative challenges in early intervention. In L.J. Johnson, R.J. Gallagher; M.B. Karnes (Eds.). *Meeting early intervention challenges: Issues from birth too three*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Gomes, J. (1986). *A Educação Infantil em Portugal* (2ª ed.). Instituto Nacional de .
Investigação Científica.
- Guralnick, M. (1988). Efficacy research in early childhood intervention programs. In S. Odom; M. Karnes (Eds.). *Early Intervention for infants and children with handicaps, An empirical base*. Baltimore: Paul Brookes, 75 – 88.
- Guralnick, M. (1991). The next decade of research of the effectiveness of early intervention. In *Exceptional Children*, 58, 115 - 125.
- Guralnick, M. (1997). Second-Generation Reserch in the field of Early Intervention. M. J. Guralnick (Ed). *The Effectiveness of Early Intervention*. EUA. Paul H. Brookes Publishing.
- Hauser-Cram, P.; Krauss, M. (1991). Measuring change in children and families. In *Journal of Early Intervention*, 3, 288 - 297.
- Karabinos, R. (1997). Early Intervention Centrs. S. K. Thurman; J.R. Cornwell; S.R. Gottwald (Eds.). *Contexts of Early Intervention – Systems and Settings*. EUA. Paul H. Brookes Publishing.
- Kauffman, J. (1981). Historical trends and contemporary issues in special education in the United States. In J.M. Kauffman; D.P. Hallahan (Eds.). *Handbook of Special Education*. New Jersey. Prentice Hall.
- Krauss, M.; Jacobs, F. (1990). Family assessement: Purposes and techniques. In S.J. Meisels; J.P. Shonkoff (Eds.). *Handbook of Early Intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Judge, S. L. (1997). Parental perceptive of help-giving practices and control appraisals in early intervention programs. In *Topics in Early Childhood Special Education*, 17 (4), 457 - 476.
- Leitão, R. (1989). Avaliação de Programas de Intervenção Educativa Precoces.(I Parte). In *Educação Especial e Reabilitação*, 1 (1): 43 - 50.
- Leitão, R. (1989). Avaliação de programas de Intervenção Educativa Precoces. (II Parte). *Educação Especial e Reabilitação*, 1 (2): 54 - 61.
- Linder, M.W. (1990). *Transdisciplinary play-based assesement: A funtional approach to working with young children*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- McNaughton, D. (1994). Measuring parent satisfaction with early childhood programmes: current practice, problems and future perspectives. In *Topics in Early Childhood Special Education*, 5.(2): 88 - 104.

- McBride, S.; Brotherson, M. (1997). Guiding practioners toward valuing and implementing family-centered practices. *Reforming Personnel Preparation in Early Intervention – Issues, Models, and Practical Strategies*. EUA. Paul H. Brookes.
- McWilliam, P. (1996). Family-centered practices in early intervention. *Practical strategies for family-centered intervention*. Califórnia. Singular Publishing Group.
- McWilliam, R.A. (1996). Service delivery issues in center-based early intervention. *Rethinking Pull-Out Services in Early Intervention*. EUA. Paul H. Brookes Publishing
- Mitchell, D. (1991). Designing and evaluating early intervention programmes. In D. Mitchell; R. Brown (Eds.). *Early Intervention studies for young children with special needs*. New York: Chapman and Hill, 297 - 326.
- Mott, D. (1997). The home environment. S. K. Thurman; Cornwell; S. R. Gottwald (Eds.). *Contexts of Early Intervention – Systems and Settings*. EUA. Paul H. Brookes.
- Pasamanick, B; Knobloch, H. (1973). The epidemiology of reproductive casualty. In S.G. Sapiro; A.C., Nitzburg (Eds.). *Children with learning problems. Readnings in developmental-interaction approach*. New York: Brunner Mazal Publishers.
- Pereira M.F. (1993). *A Educação Especial na última década. Evolução e tendências*. Ministério da Educação/ Departamento de Educação Básica.
- Pereira, F. (1999). *Apoio Educativo e Inclusão, as Representações dos Profissionais*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Motricidade Humana. U.T. Lisboa.
- Pires, E. (1987). *A Lei de Bases do Sistema Educativo —apresentação e comentários*. Porto. Edições ASA.
- Pimentel, J. S.(1999). Reflexões sobre a Avaliação de Programas de Intervenção Precoce. In *Análise Psicológica*, 1 (XVII): 143 - 152.
- Sameroff, A. J. ; Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In F.D. Horowitz; M. Hetherington, Scarr - Salapatek; G. Siegel (Eds.). *Review of Child Development Research*. Vol. 4. Chicago. University of Chicago Press.
- Sameroff, A. J.; Fiese, B. H. (1990). Transactional regulation and early intervention. In S.J. Meisels; J.P. Shonkoff (Eds.). *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Shearer, D. E. (1993). The Portage Project: An International Home Approach to Early Intervention of Young Children and Their Families. J.L. Roopnarine; J.E. Johnson (Eds.). *Approches to early childhood education*. EUA. Prentice-Hall.

- Shearer, N; Shearer, D. (1972). The Portage Project: A Model for Early Childhood Education. In *Exceptional Children*, 36: 210-217.
- Shonkoff, J. P. ; Meisels, S. J. (1990). Early Childhood Intervention: The evolution of a concept. In S.J. Meisels; J.P. Shonkoff (Eds.). *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge. Cambridge University Press, 3 – 31.
- Schweinhart, L. J. ; Berrenta - Clement, J. (1985). Effects of the Perry Preschool Program on Youths Thought Age 19. A summary. In *Topics in Early Childhood Special Education*, 5 (2): 26 - 35.
- Silva, T. (1991). *Intervenção educativa precoce. Manual de Trabalho*. Direcção Geral do Ensino Básico e Secundário (D.G.E.B.S.). Departamento de Educação Especial, (policopiado).
- Simões, J.; Portela, J.; Cepeda, F. (1996). *A Região Fronteira de Trás-os-Montes: Diagnóstico e Estratégia de Desenvolvimento*. Fundação Rei Afonso Henriques. (Ed). Zamora.
- Simeonsson, R. (1996). Family Expectations, Encounters and Needs. M. Brambring; H. Rauh; A.Beelman (Eds.). *Early Childhood Intervention: Theory, evaluation and practice*, 196-207. Berlin, New York: The Gruyter.
- Simeonsson, R.; Huntington, G.; McMillen, J.; Haugh-Dodds, A; Halperin, D.; Zipper, I.; Leskinen, M.; Langmeyer, D. (1996). Services for Young Children and Families: Evaluating Intervention Cycles. *Infants and Young Children*, 2: 31-42. Aspen Publishers.
- Simeonsson, R. (1998). Seminário. Temas abordados: Course I – “Exceptional Child Developmental”; Course II — “Elements of the Intervention Cycle: Assessement Intervention planning, monitoring and evaluation”. *Disciplina de Questões Aprofundadas de Intervenção Precoce*. Mestrado em Intervenção Precoce. F.P.C.E.P. – U.P, 19/22 Maio.
- Thurman, S. K. (1997). Systems, ecologies and the context of early intervention. S. K. Thurman; Cornwell; S. R. Gottwald (Eds.). *Contexts of Early Intervention — Systems and Settings*. EUA. Paul H. Brookes Publishing Cº, Inc.
- Trohanis, P. (1989). Introduction to P.L. 99-457 and the National Policy Agenda for serving young children with special needs and their families. In J. Gallagher; P. Trohanis; R. Clifford, (Eds.). *Policy Implementation and P.L. 99-457. Planning for young children with special needs*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- Veiga, M. E. (1995). *Intervenção Precoce e Avaliação - Estudo introdutório*. Porto. O Fio de Ariana.
- Warnock, H. M. (1978). *Special Education Needs: Report of the Community of Inquiry into the Education of Handicapped Children and Young People*. Londres. Her Majesty` Stationary Office.

- White, K. R.; Taylor, M. J.; Moss, V. D. (1992). Does Research Support Claims About The Benefits of Involving Parents in Early Intervention Programs? In *Review of Educational Research*. 62 (1): 91-125.
- Winton, P. (1998). Seminário. Temas abordados: "Trabalhando com famílias de Crianças em Intervenção Precoce". *Disciplina de Questões Aprofundadas de Intervenção Precoce*. Mestrado em Intervenção Precoce. F.P.C.E.P. – U.P, 6/9 Julho.
- Winton, P. J.; Turnbull, A (1981). Parent involvement as viewed by parents of preeschool handicapped children. In *Topics in Early Childhood Special Education*. 3: 11-19.
- Winton, P. (1996). Understanding family concerns, priorities and resources. *Practical strategies for family-centered intervention*. Califórnia. Singular Publishing Group.
- Zigler, E. F. (1990). Foreword. S. J. Meisels; J.P. Shonkoff (Eds.). *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge. Cambridge University Press.
- Zigler, E. F. (1997). The Promise of Early Intervention to Enhance the Life of Children in Poverty, (pp. 142-155). *Foundations of Special Education*. (Ed).

ANEXOS

**Anexo 2 – Escala de Avaliação de Práticas em Intervenção Precoce
Centradas na Família (“Brass-Tacks”)**

“BRASS TACKS:”

(Escala de Avaliação de Práticas em Intervenção Precoce Centradas na Família)
(A Self-Rating of Family-Centered Practices in Early Intervention)

P. J. Mewilliam & R. A. Mewilliam, 1993
Frank Porter Graham Child Development Center
University of North Carolina at Chapel Hill

Profissão _____

Serviço _____

Data ____ / ____ / ____

Esta escala foi desenvolvida para ajudar os programas, as equipes, e os profissionais de Intervenção Precoce a determinar até que ponto as suas práticas reflectem uma abordagem centrada na família. O instrumento está também planeado para ser utilizado como um meio de identificar mudanças no programa e as práticas individuais que devem ser implementados em ordem a ser mais centrados na família. O instrumento está dividido em quatro áreas de prestação de serviços. Estas são as seguintes:

- Área # 1: Primeiros Encontros com as Famílias
- Área # 2: Identificação de Metas para a Intervenção (Avaliação da Criança e Família)
- Área # 3: Planificação da Intervenção para Crianças e Famílias.
- Área # 4: Prestação de Serviços à Criança e Família no Dia-a-Dia.

Antes de responder faça uma leitura cuidada de cada pergunta

Faça um círculo no numero correspondente da escala de cotação de 5 pontos (variando desde **Nunca-1** até **sempre-5**) que melhor reflecta **Quantas vezes** se envolve nesta prática. Na sua própria cotação certifique-se que toma em consideração todas as famílias que atende e as muitas situações que enfrenta com elas. Em seguida, faça um círculo no número da escala de cotação (variando desde **Não Importante** até **Crítico-5**) para indicar a sua opinião acerca de cada prática.

¹ Versão traduzida e adaptada pela faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto (F.P.C.E.U.P.) para ser utilizada no ambiente do Mestrado em Psicologia na área de especialização-Intervenção Precoce – sob orientação do Professor Doutor Bairro Ruivo (1998).

Área # 1: Primeiros Encontros com as Famílias (sinalização e início do programa)

Políticas ou Práticas	Quantas vezes?					Que importância tem esta prática?			
	Nunca	Raramente	As vezes	Frequentemente	Sempre	Não é Importante	Tem alguma importância	Importante	Muito importante
1. Evita fazer às famílias perguntas acerca de informação sensível, ou de carácter pessoal, que não esteja directamente relacionada com a situação da criança ou com as preocupações da família?	1	2	3	4	5	1	2	3	4
2. Dá aos pais a possibilidade de escolha para o primeiro encontro?	1	2	3	4	5	1	2	3	4
3. Ouve mais as pessoas do que põe questões ou dá conselhos?	1	2	3	4	5	1	2	3	4
4. Dá a uma família assistência imediata e apoio quando a criança é enviada para o seu serviço (por ex:apoio emocional, informações, ideias, recomendação de outros serviços)?	1	2	3	4	5	1	2	3	4
5. Faz o seu primeiro contacto face-a-face com as famílias na semana que se segue ao envio?	1	2	3	4	5	1	2	3	4
6. Transmite aos pais a ideia de que valoriza o filho e que se preocupa com o bem-estar da criança (por ex: pede para pegar na criança, fala directamente à criança, mostra prazer em interagir com a criança)?	1	2	3	4	5	1	2	3	4

Área # 2: Identificação de Metas para a Intervenção (Avaliação da Criança e Família)

Políticas ou Práticas	Quantas vezes?					Que importância tem esta prática?			
	Nunca	Raramente	As vezes	Frequentemente	Sempre	Não é Importante	Tem alguma importância	Importante	Muito importante
1. Conduz as avaliações em alturas que são convenientes para as famílias? Oferece possibilidade de escolha de alturas mais convenientes?	1	2	3	4	5	1	2	3	4
2. Pergunta aos pais quais as questões que eles gostariam de ver respondidas pela avaliação?	1	2	3	4	5	1	2	3	4
3. Dá aos pais possibilidade de escolha, por exemplo, no que diz respeito aos instrumentos a utilizar na avaliação?	1	2	3	4	5	1	2	3	4
4. Diz aos pais ou tenta dizer aquilo que a criança é capaz de fazer em vez do que aquilo de que ela não é capaz de fazer?	1	2	3	4	5	1	2	3	4
5. Dá aos pais a oportunidade para estarem presentes em todas as sessões que dizem respeito à planificação da avaliação da criança ou de discussão dos resultados da avaliação da criança?	1	2	3	4	5	1	2	3	4
6. Dá e explica aos pais os resultados da avaliação imediatamente logo após terem sido obtidos (por ex: no mesmo dia)?	1	2	3	4	5	1	2	3	4
7. Dá uma cópia dos seus relatórios de avaliação aos pais?	1	2	3	4	5	1	2	3	4

Área # 3: Planificação da Intervenção para Crianças e Famílias

Políticas ou Práticas	Quantas vezes?					Que importância tem esta prática?				
	Nunca	Raramente	As vezes	Frequentemente	Sempre	Não é importante	Tem alguma importância	Importante	Muito importante	Crítico
1. Dá aos pais a oportunidade para estarem presentes em todas as reuniões que dizem respeito à planificação da intervenção para os seus filhos e para eles próprios?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. Têm os pais o poder de decisão final quando se estabelece uma lista de metas para a criança e família bem como os métodos que serão usados para atingir tais metas?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3. Acha possível que a maior parte das metas do plano de intervenção, sejam atingidas no espaço de um ano?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4. Costuma utilizar, na organização de um plano de intervenção, informações e ideias dadas pelos pais?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5. Dá aos pais opções por outros serviços ou recursos para atingirem as metas de intervenção estabelecidas para os seus filhos? Aprova as decisões dos pais no que diz respeito aos serviços que os seus filhos deverão ou não receber?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6. Você mesmo preocupa-se com as necessidades, desejos e sentimentos de todos os membros da família na identificação de metas para a intervenção?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Área # 4: Prestação de Serviços à Criança e Família no Dia-a-dia

Políticas ou Práticas	Quantas vezes?					Que importância tem esta Prática?				
	Nunca	Raramente	As vezes	Frequentemente	Sempre	Não é importante	Tem alguma importância	Importante	Muito importante	Critico
1. Elogia os pais por qualquer coisa que realizaram sempre que os vê?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. Diz aos pais algo de positivo sobre os filhos sempre que os vê?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3. Dá garantias para que os pais tenham um acesso fácil e directo a qualquer membro da equipa sempre que o desejarem?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4. Organiza as coisas de maneira a que os pais ou outros membros da família se impliquem nos programas de intervenção para a criança (ex: utilizando capacidades específicas, organizando encontros a horas que sejam mais convenientes, em casa ou no centro)?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5. Dá aos pais um acesso às fontes de informação que estes julguem interessantes ou úteis (livros, artigos, revistas, legislação, vídeos, eventos na comunidade, artigos de investigação científica, etc.)?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Anexo 3 – Ficha de caracterização dos Profissionais

Cara (o) colega

A escala que se segue: "Brass Tacks (A Escala de Avaliação de Práticas em Intervenção Precoce Centradas na Família)- constitui um dos instrumentos utilizados no âmbito da elaboração de uma tese de mestrado em Psicologia - Área de Intervenção Precoce – na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, sob orientação do Professor Doutor Bairrão Ruivo. Esta investigação visa estudar a organização dos serviços de Intervenção Precoce, numa zona do País. A perspectiva dos profissionais nesta matéria é um dos aspectos da maior relevância neste estudo, pelo que solicito a sua colaboração no preenchimento da escala, garantindo desde já toda a confidencialidade em relação aos dados obtidos.

Dados demográficos

Idade: _____

Estado Civil: _____

Sexo: _____

Profissão: _____

Formação Inicial (local/duração): _____

Formação Especializada (local/duração): _____

Formação Específica em Intervenção Precoce (local/duração): _____

Tempo de Serviço Total (anos): _____

Tempo de Serviço em Educação Especial (anos): _____

Tempo de Serviço em Intervenção Precoce (apoio a crianças dos 0 aos 3 anos): _____

Obrigada pela sua colaboração!
Maria das Dores Afonso

Anexo 4 – Entrevista (baseada na Escala “Brass-Tacks”)

“BRASS TACKS:”

(Escala de Avaliação de Práticas em Intervenção Precoce Centradas na Família)

(A Self-Rating of Family-Centered Practices in Early Intervention)

P. J. Mewilliam & R. A. Mewilliam, 1993
Frank Porter Graham Child Development Center
University of North Carolina at Chapel Hill

Profissão _____ Serviço _____ Data ____/____/____

Área # 1: Primeiros Encontros com as Famílias (sinalização e início do programa)

Políticas/Práticas

1. Evita fazer às famílias perguntas acerca de informação sensível, ou de carácter pessoal que não esteja directamente relacionada com a situação da criança ou com as precauções da família?
2. Dá aos pais a possibilidade de escolha para o primeiro encontro?
3. Ouve mais as pessoas do que põe questões ou dá conselhos?
4. Dá a uma família assistência e apoio quando a criança é enviada para o seu serviço (por ex: apoio emocional, informações, ideias, recomendação de outros serviços)?
5. Faz o seu primeiro contacto face-a-face com as famílias na semana que se segue ao envio?
6. Transmite aos pais a ideia de que valoriza o filho e que se preocupa com o bem-estar da criança (por ex: pede para pegar na criança, fala directamente á criança, mostra prazer em interagir com a criança)?

Área # 2: Identificação de Metas para a Intervenção (Avaliação da Criança e Família)

Políticas /Práticas

1. Conduz as avaliações em alturas que são convenientes para as famílias? Oferece possibilidade de escolha de alturas mais convenientes ?
2. Pergunta aos pais quais as questões que eles gostariam de ver respondidas pela avaliação?
3. Dá aos pais possibilidade de escolha, por exemplo, no que diz respeito aos instrumentos a utilizar na avaliação?
4. Diz aos pais ou tenta dizer aquilo que a criança é capaz de fazer em vez do que aquilo de que ela não é capaz de fazer?
5. Dá aos pais a oportunidade para estarem presentes em **todas** as sessões que dizem respeito à planificação da avaliação da criança ou de discussão dos resultados da avaliação da criança?
6. Dá e explica aos pais os resultados da avaliação imediatamente logo após terem sido obtidos (por ex: no mesmo dia)?
7. Dá uma cópia dos seus relatórios de avaliação aos pais?

Área # 3: Planificação da Intervenção para Crianças e Famílias

Políticas / Práticas

1. Dá aos pais a oportunidade de estarem presentes em todas as reuniões que dizem respeito à planificação da intervenção para os seus filhos e para eles próprios?
2. Têm os pais o poder de decisão final quando se estabelece uma lista de metas para a criança e família bem como os métodos que serão usados para atingir tais metas?
3. Acha possível que a maior parte das metas do plano de intervenção sejam atingidas no espaço de um ano?
4. Costuma utilizar na organização de um plano de intervenção, informações e ideias dadas pelos pais?
5. Dá aos pais opções por outros serviços ou recursos para atingirem as metas de intervenção estabelecidas para os seus filhos?
Aprova as decisões dos pais no que diz respeito aos serviços que os seus filhos deverão ou não receber?
6. Você mesmo preocupa-se com as necessidades, desejos e sentimentos de todos os membros da família na identificação de metas para a intervenção?

Área # 4: Prestação de Serviços à Criança e Família no Dia-a-dia

Políticas/Práticas

1. Elogia os pais acerca de qualquer coisa que realizaram sempre que os vê?

2. Diz aos pais algo de positivo acerca dos filhos sempre que os vê?

3. Dá garantias para que os pais tenham um acesso fácil e directo a qualquer membro da equipa sempre que desejarem?

4. Organiza as coisas de maneira a que os pais ou outros membros da família se impliquem nos programas de intervenção para a criança (ex: utilizando capacidades específicas, organizando encontros a horas que sejam mais convenientes, em casa ou no centro)?

5. Dá aos pais um acesso as fontes de informação que estes julguem interessantes ou úteis (livros, artigos, revistas, legislação, videos, eventos na comunidade, artigos de investigação científica, etc.?)

Anexo 5 – Códigos da Escala “Brass-Tacks”

Códigos – “*Brass Tacks*:”

Escala de Avaliação de Práticas em Intervenção Precoce Centradas na Família

S.- Sujeito

Id.- Idade

Est. Civ.- Estado Civil do Sujeito

1 – Casado (a)

2 – Solteiro (a)

Sx.- Sexo do Sujeito

1- Sexo Masculino

2- Sexo Feminino

Prof.- Profissão do Sujeito

1- Educadora de Infância com Especialização

2- Educadora de Infância sem Especialização

3- Educadora de Infância Especializada em Intervenção Precoce

4- Terapeuta de Fala

5- Fisioterapeuta

6- Psicólogo

7- Assistente Social

E.A.E. - Equipas de Apoios Educativos

T.S.T. - Tempo de Serviço Total

T.S.E.E. - Tempo de Serviço em Educação Especial

0 - Sem Tempo de Serviço em Educação Especial

T.I.S.P. – Tempo de Serviço em Intervenção Precoce

**Anexo 6 – Resultados da aplicação da “Escala de Avaliação de Práticas
em Intervenção Precoce Centradas na Família”- (“*Brass-Tacks*”)**

